

改了电子邮件，也请通知我们。

如何申请赔偿

哪些人群可申请赔偿？

犯罪受害者、某些亲属、被抚养人、法定监护人和符合资格的见义勇为者可向受害者服务办公室 (Office of Victim Services, OVS) 申请保险或其他资源未赔付的自付费用赔偿。

可以申请哪些赔偿费用？

OVS 提供如下各项相关赔偿：人身伤害、死亡、基本个人财产损失。

OVS 可能赔偿的具体费用包括医疗和咨询费用、基本个人财产损失、犯罪现场清理费用以及犯罪直接造成的其他损失。

如何申请赔偿？

请将填妥的 OVS 申请表连同 OVS 要求您提供的可证明您索赔资格的文件副本一起寄给我们。

如果没有 OVS 要求提供的某些文件，该怎么办？

立即邮寄申请表，稍后再邮寄其他文件。

如果财产因犯罪行为损失、损坏或损毁，该如何处理？

如果您未满 18 周岁或年满 60 周岁、残疾或受伤，您可以申请福利以偿还其他资源未赔付的基本个人财产损失或现金。

基本是指对您的健康、安全或福利而言具有必要性。这些财产包括但不限于保险不承保的眼镜、床上用品和衣服等物品。

如果搬家了，该怎么办？

立即通过邮件或电子邮件向 OVS 发送签名信件，告知您的新地址和新电话号码。另外，如果您更

谁可以签署索赔申请表？

通常而言，受害者必须签署索赔申请表。然而，若受害者未满 18 周岁，或身体上或精神上无能力签署，则必须由其法定监护人（领取福利的个人）填写索赔申请表第 2 节并签署索赔申请表。

若受害者去世，申请福利的个人必须填写索赔申请表第 2 节并签署索赔申请表。

是否有其他申请方式？

有。请访问 ovs.ny.gov 以进入安全的受害者服务门户 (Victim Service Portal, VSP)，并在线提交申请。您必须在 my.ny.gov 上创建账户才能访问该门户。在线提交申请时如需帮助，请通过 800-247-8035 或 OVSIInfo@ovs.ny.gov 联系 OVS。

是否必须填写 HIPAA 表格？

视情况而定。该表格有助于保护您的私人健康信

息。如果您要索赔医疗或咨询费用，您应该针对每个服务提供者填写一份 HIPAA 表格。您可复印一份空白表格以便自行影印。

什么是赔款？

赔款是指犯罪者就犯罪造成的损失或伤害而支付给受害者的金钱。赔款必须由法院在判决时下令，且被视为判决的一部分。赔款不包括赔付未来损失、精神损害或“痛苦和折磨”。如需了解更多信息，请致电 800-247-8035 或访问 OVS 网站 <https://ovs.ny.gov/legal-information> 以联系 OVS。

谁可以获得赔款？

犯罪中所有遭受伤害、经济损失或损害的受害者均可以寻求赔款。

如何申请赔款？

您应该联系地方检察官办公室，告诉他们您的受伤程度、自付费用损失以及您要求的赔偿金额。

80 S. Swan Street
Albany, NY 12210-8002
(518) 457-8727

ovs.ny.gov

55 Hanson Place
Brooklyn, NY 11217-1523
(718) 923-4325

800-247-8035

在填写本表格之前，
请先阅读
“如何申请赔偿”说明。

赔偿申请表

纽约州受害者服务办公室



受害者援助计划专用

OVS VAP ID 号码	计划名称/电话	倡导者姓名/电子邮件
---------------	---------	------------

1. 受害者个人资料。

姓氏	名字	中间名 首字母	社会安全号码 <input type="checkbox"/> 如果您没有该号码，请勾选此处	出生日期
邮寄地址：				
街道 公寓号码 (或邮政信箱) 城市 县 州 (或外国) 邮政编码				
种族/族裔： <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 黑人 <input type="checkbox"/> 西班牙裔 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亚裔印度人 <input type="checkbox"/> 华裔 <input type="checkbox"/> 日裔 <input type="checkbox"/> 菲律宾裔 <input type="checkbox"/> 韩裔 <input type="checkbox"/> 越南裔 <input type="checkbox"/> 孟加拉裔 <input type="checkbox"/> 巴基斯坦裔 <input type="checkbox"/> 关岛人 <input type="checkbox"/> 查莫罗人 <input type="checkbox"/> 萨摩亚人 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 多种族				
婚姻状况： <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 与伴侣同居				
性别： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> 不愿回答			在遭遇犯罪行为时，受害者是残疾人士吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚	
最初从何处得知受害者服务办公室？				
<input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> 医院 <input type="checkbox"/> 地方检察官 <input type="checkbox"/> 受害者援助计划 <input type="checkbox"/> 收音机/电视 <input type="checkbox"/> 宣传册/海报 <input type="checkbox"/> 网络 <input type="checkbox"/> 其他				

2. 如果您不是受害者，却在本索赔申请表上签名，则您就是索赔人。请提供您的个人资料。

(请参阅说明页上的“谁可以签署索赔申请表?”。)

姓氏	名字	中间名 首字母	社会安全号码 <input type="checkbox"/> 如果您没有该号码，请勾选此处	出生日期
邮寄地址：				
街道 公寓号码 (或邮政信箱) 城市 县 州 (或外国) 邮政编码				

您与受害者的关系？(请仅勾选一项)

父母 配偶 子女 法定监护人 律师 其他 (请说明) _____

3. 告诉我们案发当时的情况。(请仅勾选一项。)

受害者死亡的原因是：	受害者受伤的原因是：	受害者损失基本个人财产的原因是：
<input type="checkbox"/> 机动车事故 (酒后驾车 (Driving Under the Influence, DUI)/醉酒驾车 (Driving While Intoxicated)) <input type="checkbox"/> 机动车事故 (其他) <input type="checkbox"/> 恐怖主义 <input type="checkbox"/> 纵火 <input type="checkbox"/> 人口贩卖 <input type="checkbox"/> 其他谋杀	<input type="checkbox"/> 性侵犯 <input type="checkbox"/> 儿童身体虐待/忽视 <input type="checkbox"/> 儿童性虐待 <input type="checkbox"/> 机动车事故 (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> 机动车事故 (非 DUI/DWI) <input type="checkbox"/> 儿童色情作品 <input type="checkbox"/> 其他 (请说明) : _____	<input type="checkbox"/> 入室盗窃 <input type="checkbox"/> 机动车事故 (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> 机动车事故 (非 DUI/DWI) <input type="checkbox"/> 人口贩卖 <input type="checkbox"/> 抢劫 (未造成伤害) <input type="checkbox"/> 其他 (请说明) : _____ <input type="checkbox"/> 纵火 <input type="checkbox"/> 刑事恶作剧 <input type="checkbox"/> 欺诈/金融犯罪
犯罪笔录编号：		接获报案的警察或刑事司法机构：
犯罪地点？(请仅勾选一项。) <input type="checkbox"/> 工作场所 <input type="checkbox"/> 自有住宅 <input type="checkbox"/> 公寓大楼 <input type="checkbox"/> 公共街道		
<input type="checkbox"/> 地铁/公交 <input type="checkbox"/> 停车场 <input type="checkbox"/> 餐厅/酒吧 <input type="checkbox"/> 学校/学校场地 <input type="checkbox"/> 购物中心 <input type="checkbox"/> 其他 (请说明) : _____		

犯罪发生地所在县：_____ 犯罪日期：_____ 接获报案的日期：_____

如果犯罪发生日期与报案日期间隔超过 7 天，请说明原因：_____

如果犯罪发生日期与您填写此索赔申请表日期间隔超过 1 年，请说明原因：_____

自述犯罪案件：_____

4. 赔款：

地方检察官 (District Attorney, DA) 是否已向法院请求赔款命令？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不清楚
法院是否已命令嫌疑人支付赔款？	<input type="checkbox"/> 是 (金额 \$ _____)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 尚未

5. 您在本犯罪案件中的相关支出。(勾选所有适用项。)

请注意 - 如果您有资格获得赔偿，OVS 可偿付下列费用。这些项目也应该包括在法院命令的赔偿中。倘若是刑事案件，申请人最好向检察官提供此类信息。请访问 <https://ovs.ny.gov/legal-information> 了解更多信息。

<input type="checkbox"/> 医疗/救护车	<input type="checkbox"/> 丧失抚养费 (仅限死亡索赔)	<input type="checkbox"/> 薪资损失	<input type="checkbox"/> 个人交通费
<input type="checkbox"/> 犯罪现场清理费	<input type="checkbox"/> 职业/康复服务费	<input type="checkbox"/> 家暴 (Domestic Violence, DV) 庇护所费用	<input type="checkbox"/> 医疗/咨询
<input type="checkbox"/> 安全装置/系统	<input type="checkbox"/> 葬礼/墓地费用	<input type="checkbox"/> 搬家/存储费	<input type="checkbox"/> 法庭
<input type="checkbox"/> 咨询		<input type="checkbox"/> 基本个人财产	
<input type="checkbox"/> 其他 (请说明)：			

6. 列出因本犯罪案件而需要更换的任何基本个人财产，例如现金、眼镜或衣物。(如果没有，请跳至 7。)

描述损失/损坏的物品：	费用	描述损失/损坏的物品：	费用
1.	\$	3.	\$
2.	\$	4.	\$

7. 如果有其他福利或保险可帮助您偿付与本犯罪案件相关的损失，请勾选对应的方框：

<input type="checkbox"/> 私人健康保险 (由雇主支付保费或自付保费)	<input type="checkbox"/> Child Health Plus	<input type="checkbox"/> 社会安全残疾保险 (Social Security Disability Insurance, SSDI)/ 伤残补贴	<input type="checkbox"/> 房屋/租客保险
<input type="checkbox"/> 二级健康保险	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> 工伤赔偿金	<input type="checkbox"/> 机动车保险
<input type="checkbox"/> 纽约州健保市场健康保险	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> 退伍军人福利	<input type="checkbox"/> 无
<input type="checkbox"/> 纽约州 Essential Plan	<input type="checkbox"/> 其他：		

8. 是否有私人代理律师 (非地区检察官)？ 是 否

如果回答“是”：

律师姓名 地址 电话号码 ()

9. 授权与代表谈话

如果您允许家庭成员、朋友或其他人与 OVS 讨论有关您的索赔申请，请在下面填入资料：

个人姓名 地址 电话号码 ()

10. 受害者/索赔者授权

本人兹确认接受受害者服务办公室 (OVS) 的裁定，对于作为提出索赔依据的相关犯罪案件，同意纽约州取得其追偿裁定 (包括所有判决、和解或赔款命令付款) 的留置权。本人授权所有殡葬业者、律师、雇主、警察或其他公共机关、保险公司或在上述过程中提供服

务的所有人员或知晓上述情况者，将下列信息提供给 OVS 或其代表：劳工赔偿记录、犯罪案件以及因犯罪案件而导致任何伤亡的相关信息，以及与本次索赔有关的信息。一旦理赔裁定，本人授权 OVS 直接付款给医疗服务提供者。本人亦授权 OVS 将因本次索赔所填写的本人信息和记录分享给当地受害者援助计划 (Victim Assistance Program, VAP) 或者任何在纽约州成立以协助犯罪受害者的地方政府实体，以便 VAP 或地方政府实体协助 OVS 处理本人的索赔、做出裁决和协调服务。如果本人在本申请表中列出了私人律师，本人亦授权 OVS 将因本次索赔所填写的本人信息和记录与该名律师分享，以便其能代表本人行事。本人了解，除本授权外，还需要本人律师另外出具《出庭通知》(Notice of Appearance)。如果本人在本申请表中列出了家庭成员、朋友或其他人员，本人亦授权 OVS 将因本次索赔所填写的本人信息和记录与该名人员分享，以便他们协助本人处理索赔事宜。本人证明，本申请表及本申请表的任何佐证文件**相关信息均真实且完整**。本人明白，在本申请表中作出虚假叙述，或提供任何虚假的申请佐证文件，可能被视为犯罪行为而受到处罚。本人确认，填写本申请表并不能保证获得裁决。

本授权书的复印件应视为与原件具有相同效力。

索赔人签名
日期
() 日间电话号码

电子邮件： _____	您的首选语言： <input type="checkbox"/> 英语 <input type="checkbox"/> 西班牙语 <input type="checkbox"/> 中文 <input type="checkbox"/> 阿拉伯语 <input type="checkbox"/> 海地克里奥尔语 <input type="checkbox"/> 意大利语 <input type="checkbox"/> 韩语 <input type="checkbox"/> 俄语 <input type="checkbox"/> 意第绪语 <input type="checkbox"/> 孟加拉语 <input type="checkbox"/> 法语 <input type="checkbox"/> 乌尔都语
需要口译员： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 其他

请将以下文件邮寄给 OVS 以处理您的索赔事宜。请保留副本作为记录。

- 您在本案申请表第 5 节和第 6 节中所描述物品和服务相关费用的所有账单和收据。
- 已填妥并签名的索赔申请表。
- 已填妥的 HIPAA 表格。如果您因此犯罪而在医疗服务和心理健康提供者处接受了相关服务，请针对每一个提供者填写一份 HIPAA 表格。
- 任何保险公司或政府机构拒绝或授权赔付您在本案申请表第 5 节和第 6 节中所描述物品和服务相关费用的信函。

请记住：您必须先向保险公司或福利计划请款，之后 OVS 才能支付费用。

将文件邮寄至：
 New York State Office of Victim Services
 AE Smith Building
 80 S. Swan Street
 Albany, NY 12210-8002

请将您的文件通过电子邮件发送至：ovsintake@ovs.ny.gov



根据 HIPAA 披露健康信息授权书
[此表已由纽约州卫生署 (New York State Department of Health) 批准]

患者姓名	出生日期	社会安全号码 XXX-XX-__
患者地址		

本人或经本人授权的代表要求本人的护理与治疗相关信息按照本表格规定进行披露：

根据《纽约州法律》(New York State Law) 和《1996 年健康保险携带和责任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA) 的隐私规定，本人了解：

1. 仅当本人在 9(a) 的相应行签名后，才可披露信息，授权披露信息包括关于**酒精和药物滥用、心理健康治疗**（心理治疗记录除外）和**保密的 HIV* 相关信息**。如果下述健康信息包括这类信息，且本人已在第 9(a) 项的相关行中签下姓名首字母缩写，即表示本人特别授权向第 8 项中所列的人员披露这类信息。
2. 如果本人授权披露与 HIV 相关、酒精或药物治疗、心理健康治疗信息，除非联邦或州法律允许，否则未经本人的授权，信息接收者不得再披露这些信息。本人了解，本人有权利要求获得一份可能未经授权而接收或使用本人 HIV 相关信息的人员名单。如果本人因 HIV 相关信息的发布和披露而受到歧视，本人可致电 (212) 480-2493 联系纽约州人权处 (New York State Division of Human Rights)，或致电 (212) 306-7450 联系纽约市人权委员会 (New York City Commission of Human Rights)。这些机构有责任保护本人的权利。
3. 本人有权随时向下列医疗保健提供者发送书面通知撤销此授权。本人了解，除已根据本授权采取的行动之外，本人可以撤回本授权。
4. 本人了解，此类签名授权完全出于自愿。本人在医疗计划中的治疗、付款、投保，或者享受福利的资格不受本人是否签署本披露声明的影响。
5. 依据本授权披露的信息可能被信息接收者再披露（上面第 2 项所述除外），并且这种再披露不再受联邦或州法律的保护。
6. 本授权并未授权您与第 9 (b) 项中指定的律师或政府机构以外的任何其他人士讨论本人的健康信息或医疗护理。

7. 披露此类信息的医疗提供者或实体的名称和地址：		
8. 接收此类信息的人员姓名和地址或人员类别： NYS OFFICE OF VICTIM SERVICES – AE SMITH BLDG., 80 S. SWAN ST., ALBANY, NY 12210-8002		
9(a). 要披露的具体信息：		
<input type="checkbox"/> 从（插入日期）_____到（插入日期）_____的医疗记录		
<input type="checkbox"/> 完整的医疗记录，包括患者病史、门诊记录（心理治疗记录除外）、检测结果、放射检测、成像、转诊、咨询、账单记录、保险记录以及其他医疗保健提供者发送给您的记录。		
<input type="checkbox"/> 其他：_____		包括：（用姓名首字母缩写签名表示）
		_____酒精/药物滥用治疗
		_____心理健康信息
		_____HIV 相关信息
授权讨论健康信息		
(b) <input type="checkbox"/> 在此处签下姓名首字母缩写 _____，即表示本人授权 _____		
		姓名首字母缩写
		个人医疗保健提供者的名称
与下列律师或政府机构讨论本人的健康信息：		
纽约州受害者服务办公室		
_____ (律师/律师事务所名称或政府机构名称)		

10. 披露信息的理由： <i>应个人要求，目的是确定是否有资格获得纽约州受害者服务办公室福利。</i>	11. 本授权将在以下日期或基于以下事件而终止： <i>本授权书将在个人获得受害者服务办公室福利的资格终止时失效。</i>
12. 如果非患者本人签名，签署本表格的人员姓名：	13. 代表患者签名的授权：

本人已填妥本表格的所有信息项，且本人关于本表格的所有问题均已得到解答。此外，本人已获得此表格的副本。

日期：_____

患者或法定授权代表签名。

* 导致艾滋病 (AIDS) 的人类免疫缺陷病毒。《纽约州公共卫生法》(New York State Public Health Law) 保护能合理识别某人有 HIV 症状或感染的信息，以及与此人有过接触者的相关信息。