

## 如何申請賠償

### 誰可以申請賠償？

犯罪事件的受害者、特定親屬、受撫養人、法定監護人和合資格的見義勇為者可以向受害者服務處 (Office of Victim Services, OVS) 申請賠償保險公司或其他資源未承保的自付費用。

### 我可以獲得哪些費用的賠償？

OVS 提供與人身傷害、死亡和基本個人財產損失相關的賠償。

OVS 可能承保的具體費用包括醫療和諮詢費用、基本個人財產損失、犯罪現場清理，以及犯罪直接造成的其他損失。

### 如何要求賠償？

將填寫完成的 OVS 申請表，以及 OVS 可能要求用於確定您是否有資格獲得賠償的文件副本寄送給我們。

### 如果我沒有 OVS 要求的文件，該怎麼辦？

立即寄送您的申請表。您可以稍後寄送其他文件。

### 如果我的財產因犯罪事件而損失、損壞或毀壞，該怎麼辦？

如果您未滿 18 歲、年滿 60 歲、殘障或受傷，您可以申請福利來償還未獲其他資源承保的基本個人財產損失或現金。

基本是指維護您的健康、安全或福祉所必需的物品，包括但不限於不在保險承保範圍內的眼鏡、床上用品和衣服等物品。

### 如果我搬家，該怎麼辦？

立即郵寄或以電子郵件寄送一封署名信給 OVS。告訴我們您的新地址和電話號碼。如果您變更了電子郵件地址，也請告知我們。

### 誰可以簽署索賠表？

一般來說，受害者必須簽署索賠表。但是，如果受害者未滿 18 歲或缺乏簽署索賠表的身心行為能力，則法定監護人（領取福利的人）必須填寫索賠表的第 2 部分並簽名。

如果受害者死亡，申請福利的人必須填寫索賠表的第 2 部分並簽署索賠表。

### 是否還有其他的申請方式？

是。請至網址 [ovs.ny.gov](https://ovs.ny.gov) 進入加密的受害者服務門戶 (Victim Service Portal, VSP)，並提交線上申請。您需要建立一個 [my.ny.gov](https://my.ny.gov) 帳戶才能存取該入口網站。如需幫助在線上提交索賠，請撥打 800-247-8035 或寄送電子郵件至 [OVSIInfo@ovs.ny.gov](mailto:OVSIInfo@ovs.ny.gov) 聯繫 OVS。

### 我是否必須填寫 HIPAA 表格？

不一定。此表有助於保護您的私人健康資訊。如果您要就醫療或諮詢費用進行索賠，您應該針對每個服務提供者填寫一份 HIPAA 表格。您可以影印一張空白表格以備用。

### 什麼是賠款？

賠款是犯罪行為人因犯罪導致受害者遭受損失或傷害，所支付給受害者的金錢。賠款必須由法院在判決時下令，且其被視為判決的一部分。賠款不會支付未來損失、精神痛苦或「痛苦和苦難」的損害賠償。如需更多資訊，請撥打 800-247-8035 或造訪 OVS 網址 <https://ovs.ny.gov/legal-information> 聯繫 OVS。

### 誰可以獲得賠款？

犯罪中所有遭受傷害、財務損失或毀損的受害者都可以要求賠款。

### 如何要求賠款？

您應該聯絡地區檢察官辦公室，並告知他們您受傷的嚴重程度、您的自付費用損失以及您要求的損害賠償金額。

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

[ovs.ny.gov](https://ovs.ny.gov)

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

800-247-8035

閱讀  
「如何申請賠償」  
後再填寫此表

## 賠償申請表

### 紐約州受害者服務辦公室



#### 僅限受害者援助計畫使用

OVS VAP ID 號碼	計畫名稱/電話	宣導者姓名/電子郵件
---------------	---------	------------

**1. 請提供受害者的個人資料。**

姓氏	名字	中間名縮寫	社會安全號碼 <input type="checkbox"/> 如果沒有，請勾選此處	出生日期
郵寄地址：				
街道 _____ 門牌號碼 (或郵政信箱) _____ 城市 _____ 郡 _____ 州 (或外國) _____ 郵遞區號 _____				
種族/族裔： <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 黑人 <input type="checkbox"/> 西班牙裔 <input type="checkbox"/> 美國印第安人/阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 印度裔 <input type="checkbox"/> 華裔 <input type="checkbox"/> 日裔 <input type="checkbox"/> 菲律賓裔 <input type="checkbox"/> 韓裔 <input type="checkbox"/> 越南裔 <input type="checkbox"/> 孟加拉裔 <input type="checkbox"/> 巴基斯坦裔 <input type="checkbox"/> 關島人 <input type="checkbox"/> 查莫羅人 <input type="checkbox"/> 薩摩亞人 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 多種族				
婚姻狀態： <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 與伴侶同居				
性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> X 性別 <input type="checkbox"/> 不想回答				
受害者在犯罪事件發生時是否為殘障人士？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚				
您最初是如何知道受害者服務辦公室的？				
<input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 地區檢察官 <input type="checkbox"/> 受害者援助計畫 <input type="checkbox"/> 廣播/電視 <input type="checkbox"/> 手冊/海報 <input type="checkbox"/> 網路 <input type="checkbox"/> 其他				

**2. 如果您不是受害者，但卻簽署此索賠申請表，則您就是索賠人。請告訴我們關於您的個人資料。**  
(請參閱說明頁面上的「誰可以簽署索賠申請表？」。)

姓氏	名字	中間名縮寫	社會安全號碼 <input type="checkbox"/> 如果沒有，請勾選此處	出生日期
郵寄地址：				
街道 _____ 公寓號碼 (或郵政信箱) _____ 城市 _____ 郡 _____ 州 (或外國) _____ 郵遞區號 _____				
您與受害者的關係？ (僅勾選一項) <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 法定監護人 <input type="checkbox"/> 律師 <input type="checkbox"/> 其他 (請說明) _____				

**3. 告訴我們案發當時的情況。(僅勾選一項。)**

受害者身亡的原因是： <input type="checkbox"/> 機動車事故 (酒後駕駛 (Driving Under the Influence, DUI)/醉酒駕駛 (Driving While Intoxicated)) <input type="checkbox"/> 機動車事故 (其他) <input type="checkbox"/> 恐怖主義 <input type="checkbox"/> 縱火 <input type="checkbox"/> 人口販賣 <input type="checkbox"/> 其他兇殺案	受害者受傷的原因是： <input type="checkbox"/> 性侵 <input type="checkbox"/> 兒童身體虐待/忽視 <input type="checkbox"/> 兒童性虐待 <input type="checkbox"/> 機動車事故 (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> 機動車事故 (非 DUI/DWI) <input type="checkbox"/> 兒童色情片 <input type="checkbox"/> 其他 (請說明)： _____	受害者失去了基本個人財產，原因是： <input type="checkbox"/> 竊盜 <input type="checkbox"/> 機動車事故 (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> 機動車事故 (非 DUI/DWI) <input type="checkbox"/> 人口販賣 <input type="checkbox"/> 搶劫 (未受傷) <input type="checkbox"/> 其他 (請說明)： _____	<input type="checkbox"/> 縱火 <input type="checkbox"/> 刑事惡作劇 <input type="checkbox"/> 詐騙/財務犯罪	
犯罪報告編號：		收到報告的警方或刑事司法機構：		
犯罪的發生地點？ (僅勾選一項。) <input type="checkbox"/> 工作場所 <input type="checkbox"/> 自有住宅 <input type="checkbox"/> 公寓大樓 <input type="checkbox"/> 公共街道				
<input type="checkbox"/> 捷運/公車 <input type="checkbox"/> 停車場 <input type="checkbox"/> 餐廳/酒吧 <input type="checkbox"/> 學校/學校場地 <input type="checkbox"/> 購物中心 <input type="checkbox"/> 其他 (請說明)： _____				
犯罪地點所在郡： _____ 犯罪日期： _____ 報案日期： _____				
如果犯罪日期和報案日期間隔超過 7 天，請解釋原因： _____				
如果犯罪日期與您申請索賠的日期間隔超過 1 年，請解釋原因： _____				
請用您自己的話描述此次犯罪事件： _____				

4. 賠款：

地區檢察官 (District Attorney, DA) 是否已請求法院下達賠款令？	<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賠款？	<input type="checkbox"/> 是 (金額 \$ _____)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 還沒

5. 告訴我們在此犯罪事件中您支付的相關費用。(勾選所有適合的項目。)

**請注意** - 如果您有資格獲得賠償，OVS 可能會補償下列費用。這些需償還的項目也應申請作為法院償還命令的一部分。如果是刑事案件，我們鼓勵申請人與檢察官分享這些訊息。有關更多資訊，請造訪網址：<https://ovs.ny.gov/legal-information>。

<input type="checkbox"/> 醫療/救護車 <input type="checkbox"/> 犯罪現場清理 <input type="checkbox"/> 保全裝置/系統 <input type="checkbox"/> 諮詢	<input type="checkbox"/> 撫養費損失 (僅限死亡理賠) <input type="checkbox"/> 職業/復健 <input type="checkbox"/> 葬禮/埋葬	<input type="checkbox"/> 損失工資 <input type="checkbox"/> 家暴 (Domestic Violence, DV) 庇護所 <input type="checkbox"/> 搬家/儲存 <input type="checkbox"/> 基本個人財產	<input type="checkbox"/> 個人接送 <input type="checkbox"/> 醫療/諮詢 <input type="checkbox"/> 法院
<input type="checkbox"/> 其他 (請說明)：			

6. 列出因此犯罪事件而需要更換的任何基本個人財產，例如現金、眼鏡或衣服。(如果沒有，請跳到第 7 項。)

說明損失/傷害狀況：	費用	說明損失/傷害狀況：	費用
1.	\$	3.	\$
2.	\$	4.	\$

7. 勾選您擁有的其他福利或保險所對應的方塊，這些福利或保險可能有助於支付與此犯罪相關的費用：

<input type="checkbox"/> 私人健康保險 (透過雇主或自行支付保費)	<input type="checkbox"/> Child Health Plus	<input type="checkbox"/> 社會安全殘障保險 (Social Security Disability Insurance, SSDI)/殘障補助	<input type="checkbox"/> 房屋/承租人保險
<input type="checkbox"/> 二級健康保險	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> 勞工賠償	<input type="checkbox"/> 汽車保險
<input type="checkbox"/> 紐約州健保市場健康保險	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> 退伍軍人福利	<input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 紐約州 Essential Plan	<input type="checkbox"/> 其他：		

8. 有無私人律師 (非地區檢察官) 代表您？ 有 無

如果有：

\_\_\_\_\_ ( )  
 律師姓名 地址 電話號碼

9. 授權與代表溝通

如果您想要允許家人、朋友或其他人就您的索賠與 OVS 溝通，請在此處填寫：

\_\_\_\_\_ ( )  
 姓名 地址 電話號碼

10. 受害者/索賠人的授權聲明

本人瞭解，接受受害者服務辦公室 (OVS) 的裁決將會產生留置權，該留置權有利於紐約州對受到索賠的犯罪進行追償，包括所有判決、和解或賠款令支付。本人授權任何葬禮承辦人、律師、雇主、警察或其他公共機構、保險公司或任何為上述人員提供服務或瞭解這些情況的人，向 OVS 或其代表提供以下資訊：勞工賠償記錄、犯罪相關資訊或因犯罪而造成的任何傷害或死亡的相關資訊，以及與此索賠有關的資訊。如果作出裁決，本人授權 OVS 直接向服務提供者支付費用。本人也授權 OVS 與本申請表中列出的當地受害者援助計畫 (Victim Assistance Program, VAP)，或在紐約州設立之任何地方政府機構共享本人為此索賠準備的資訊和記錄，以便 VAP 或地方政府機構協助 OVS 處理本人的索賠、做出決定和協調服務。如果本人在此申請表上列出了私人律師，本人也授權 OVS 與律師分享本人彙集的資訊和記錄，以便擔任本人的代表。本人明白，除此項授權外，本人的律師還需要出具一份額外的出庭通知 (Notice of Appearance)。如果此申請書上列出了家人、朋友或其他人，本人授權 OVS 與此人分享本人彙集的資訊和記錄，以便他們可以協助本人處理此項索賠。本人保證此申請書中提供的資訊，以及為支援此申請書而提供的任何文件都是真實且完整的。本人瞭解，在此申請書中做出虛假陳述，或提交任何虛假文件來支援此申請書，可能會受到刑事處罰。本人承認，填寫完成此申請書並不能保證獲得裁決。

本授權書的影印本與原件一樣有效。

\_\_\_\_\_ ( )  
 索賠人簽名 日期 日間電話號碼

電子郵件：_____	您喜歡使用的語言： <input type="checkbox"/> 英文 <input type="checkbox"/> 西班牙文 <input type="checkbox"/> 中文 <input type="checkbox"/> 阿拉伯文 <input type="checkbox"/> 海地-克里奧爾文 <input type="checkbox"/> 義大利文 <input type="checkbox"/> 韓語 <input type="checkbox"/> 俄文 <input type="checkbox"/> 意第緒文
------------	--

	<input type="checkbox"/> 孟加拉文 <input type="checkbox"/> 法語 <input type="checkbox"/> 烏都文
需要口譯員： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 其他

請將以下文件郵寄給 **OVS**，以便處理您的索賠。請保留副本做為記錄。

- 與您在本索賠表第 5 節和第 6 節中描述的物品和服務相關的所有費用帳單和收據。
- 您填寫完成並簽名的索賠表。
- 一份填寫完成的 HIPAA 表格，針對您因此犯罪事件而前往尋求服務的每個醫療和心理健康服務提供者。
- 任何保險公司或政府機構拒絕或授權支付與您在本索賠表第 5 節和第 6 節中描述之物品和服務相關費用的信函。

**記住：**您必須先向您的保險公司或福利計畫開具帳單，**OVS** 才會支付款項。

將您的文件郵寄至：

New York State Office of Victim Services  
AE Smith Building  
80 S. Swan Street  
Albany, NY 12210-8002

將您的文件以電子郵件寄送至：[ovsintake@ovs.ny.gov](mailto:ovsintake@ovs.ny.gov)



根據 HIPAA 披露健康資訊授權書  
[此表格已由紐約州衛生署 (New York State Department of Health) 核准]

患者姓名	出生日期	社會安全號碼 XXX-XX-__
患者地址		

本人，或本人的授權代表，要求得依據此表格之規範披露本人的照護與治療相關健康資訊：

根據《紐約州法律》(New York State Law) 與《1996 年健康保險攜帶和責任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA) 的隱私權規則，本人瞭解：

- 僅當本人在第 9 (a) 項中的適當行上填寫姓名首字母縮寫時，此授權才允許披露與**酒精和藥物濫用、心理健康治療**（心理治療筆記除外），以及與**HIV\* 相關的機密資訊**。如果下述健康資訊包括任何此類資訊，並且本人在第 9(a) 項橫線上簽署本人的姓名首字母縮寫，本人便特此授權向第 8 項中所述人士披露此類資訊。
- 如果本人授權披露與 HIV 相關、酒精或藥物治療，或心理健康治療資訊，除非聯邦政府或州法律允許，否則未經本人授權，該接收者不得披露此類資訊。本人瞭解，本人有權要求提供一份可能未經授權接收或使用本人 HIV 相關資訊的人員名單。如果本人因為 HIV 相關資訊的發佈或披露而遭受歧視，本人可以撥打 (212) 480-2493 與紐約州人權處 (New York State Division of Human Rights) 聯繫，或撥打 (212) 306-7450 與紐約市人權委員會 (New York City Commission of Human Rights) 聯繫。這些機構負責保護本人的權利。
- 本人有權利隨時以書面形式告知以下列出的健康照護提供者撤銷此授權。本人瞭解，本人可以撤銷此授權書，惟之前已據此授權書所採取的行動除外。
- 本人瞭解，在此授權上簽名是出於自願。授權此披露，並不會影響本人在健康計劃中的治療、付款、投保，或是享有福利的資格。
- 根據此授權所披露的資訊可能會遭到接收者再次披露（除上文第 2 項所述的情況外），並且此再次披露可能不再受聯邦政府或州法律的保護。
- 此授權並未授權您與第 9 (b) 項中指定的律師或政府機構以外的任何人討論本人的健康資訊或醫療照護。**

7. 披露此類資訊的醫療提供者或實體之名稱和地址：	
8. 將接收此類資訊的人員姓名和地址或人員類別： <b>NYS OFFICE OF VICTIM SERVICES – AE SMITH BLDG., 80 S. SWAN ST., ALBANY, NY 12210-8002</b>	
9(a). 將要披露的特定資訊： <input type="checkbox"/> 從（插入日期）_____至（插入日期）_____的病歷_____。 <input type="checkbox"/> 完整的病歷，包括患者病史、診所記錄（心理治療記錄除外）、檢查結果、放射學研究、影片、轉診、諮詢、帳單記錄、保險記錄以及其他醫療保健提供者發送給您的記錄。 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 包括：（以姓名首字母縮寫表示） _____酒精/藥物治療 _____心理健康資訊 _____HIV 相關資訊	
<b>授權討論健康資訊</b> (b) <input type="checkbox"/> 本人在此簽署姓名首字母縮寫_____以授權_____ _____姓名首字母縮寫 _____ 個人醫療保健提供者的姓名 與下面列出的本人律師或政府機構討論本人的健康資訊： <b>紐約州受害者服務辦公室</b> _____ （律師/律所名稱或政府機構名稱）	
10. 披露資訊的原因： <b>應個人要求，用於確定是否符合獲取紐約州受害者服務辦公室福利的資格。</b>	11. 此授權到期日期或事件： <b>此授權將在個人獲得受害者服務辦公室福利的資格終止時到期。</b>
12. 若非患者，簽署此表格者的姓名：	13. 代表患者簽名的權限：

此表格上的所有項目均已填妥，有關此表格的問題也已獲得解答。此外，本人已收到此表格的副本。

日期：\_\_\_\_\_

患者或法定授權代表簽名。

\* 導致愛滋病 (AIDS) 的人體免疫力缺乏病毒。《紐約州公共衛生法》(New York State Public Health Law) 對於可合理推斷某人患有 HIV 症狀或受感染的資訊以及與此人有過接觸者的資訊均予以保護。

