

וויאזוי זיך איינצוגעבן פאר פארגיטיגונג

ווער קען זיך איינגעבן פאר פארגיטיגונג?

וויקיטימס פון פארברעכן, געוויסע פאמיליע מיטגלידער, דעפענדענטס, לעגאלע גארדיאנס און בארעכטיגטע גוד סאמאריטענס (Good Samaritans) קענען זיך אנגעבן צום אפיס פון וויקיטימס סערוויסעס (Office of Victim Services, OVS) פאר פארגיטיגונג פון אייגענע געלט אויסגאבן נישט געדעקט דורך אינשורענס אדער אנדערע קוועלער.

פאר וועלכע סארט אויסגאבן קען איך באקומען פארגיטיגונג?

OVS שטעלט צו פארגיטיגונג פארבינדן מיט פערזענליכע וואונדן, טויט און פארלוסט פון וויכטיגע פערזענליכע פארמעגן.

די ספעציפישע אויסגאבן וואס OVS וועט מעגליך דעקן נעמט אריין מעדיצינישע און קאונסעלינג אויסגאבן, פארלוסט פון וויכטיגע פערזענליכע פארמעגן, פארברעכן סצענע אויפרימונג, און אנדערע פארלוסטן וועלכע זענען א דירעקטע רעזולטאט פון די פארברעכן.

ווי אזוי פארלאנג איך פארגיטיגונג?

שיקט אונז אייער אויסגעפולטע OVS אפליקאציע צוזאמען מיט קאפיעס פון דאקומענטן וואס OVS קען פארלאנגען צו באשטעטיגן אייער בארעכטיגונג פאר פארגיטיגונג.

וואס איז אויב איך האב נישט די דאקומענטן וואס OVS פאדערט?

שיקט גלייך אריין אייער אפליקאציע. איר קענט שיקן די אנדערע דאקומענטן שפעטער.

וואס איז אויב מיין פארמעגן איז פארלוירן געווארן, געשעדיגט געווארן אדער איז פארניכטעט געווארן צוליב דעם פארברעכן?

אויב איר זענט אונטער 18, 60 אדער העכער, באגרעניצט אדער זענט פארוואונדעט געווארן, קענט איר זיך איינגעבן פאר בענעפיטן צו ערזעצן אייער וויכטיגע פערזענליכע פארמעגן אדער קעש וועלכע איז נישט געדעקט דורך סיי וועלכע אנדערע קוואל.

וויכטיג מיינט נויטיג פאר אייער געזונט, זיכערהייט אדער וואוילזיין. דאס נעמט אריין, אבער איז נישט באגרעניצט צו ארטיקלען אזויווי ברילן נישט געדעקט דורך אינשורענס, בעטגעוואנט, און קליידונג.

וואס אויב איך ציה זיך אריבער צו אן אנדערע וואוינונג?

שיקט גלייך אן אונטערגעשריבענעם בריוו צו OVS אויף פאסט אדער אימעיל. זאגט אונז אייער נייעם אדרעס און טעלעפאן נומער. אויך לאזט אונז וויסן אויב אייער אימעיל אדרעס ווערט געטוישט.

ווער קען אונטערשרייבן די קלעים?

אין אלגעמיין, מוז דער וויקיטימס אונטערשרייבן די קלעים. פונדעסטוועגן, אויב דער וויקיטימס איז אונטער 18, אדער איז פיזיש אדער גייסטיש אומפעאייג צו אונטערשרייבן, דאן מוז דער לעגאלע גארדיאן (דער מענטש וועלכער באקומט די בענעפיטן) אויספולן אפטיילונג 2 פון די קלעים און אונטערשרייבן די קלעים.

אויב דער וויקיטימס איז געשטארבן, מוז דער מענטש וואס בעט בענעפיטן אויספולן אפטיילונג 2 פון די קלעים און אונטערשרייבן די קלעים.

איז דא אן אנדערע וועג זיך איינצוגעבן?

יא. באזוכט ovs.ny.gov צו האבן צוטריט צו דעם פארזיכערן וויקיטימס סערוויס פארטאל (Victim Service Portal, VSP) און שיקט אן אפליקאציע אנליין. איר וועט דארפן עפענען א my.ny.gov אקאונט צו האבן צוטריט צום פארטאל. פאר הילף מיט אריינגעבן א קלעים אנליין, ביטע פארבינדט זיך מיט OVS אויף 800-247-8035 אדער שיקט אן אימעיל צו OVInfo@ovs.ny.gov.

דארף איך אויספולן א HIPAA פארם?

מעגליך. די פארם העלפט באשיצן אייער פריוואטע העלט אינפארמאציע. אויב איר קלעמט מעדיצינישע אדער קאונסעלינג אויסגאבן, זאלט איר אויספולן איין HIPAA פארם פאר יעדע סערוויס פראווידער. איר קענט מאכן קאפיעס פון א ליידגע פארם צו האבן נאך קאפיעס.

וואס איז רעסטיטושען?

רעסטיטושען איז פארגיטיגונג געלט באצאלט צו א וויקיטימס דורכן פארברעכער פון א פארברעכן פאר די פארלוסטן אדער וואונדן וועלכע זענען געשען אלס א רעזולטאט פון דעם פארברעכן. עס מוז ווערן באפוילן דורכן געריכט בשעת דעם אורטיילן, און ווערט גערעכנט אלס א טייל פון דעם אורטייל. רעסטיטושען איז נישט פאר באצאלונג פון שאדנס פאר צוקונפטיגע פארלוסטן, גייסטישע ווייטאגן, אדער "ווייטאג און ליידן". פאר מער אינפארמאציע, ביטע פארבינדט זיך מיט OVS אויף 800-247-8035 אדער באזוכט די [OVS וועבסייט אויף <https://ovs.ny.gov/legal-information>](https://ovs.ny.gov/legal-information).

ווער קען באקומען רעסטיטושען?

יעדער וואס איז געווען א וויקיטימס פון א פארברעכן און האט געליטן וואונדן, עקאנאמישע פארלוסטן אדער שאדן קען פאדערן רעסטיטושען.

ווי אזוי פאדער איך רעסטיטושען?

איר זאלט זיך פארבינדן מיטן District Attorney's office און זיי לאזן וויסן דעם פארנעם פון אייערע וואונדן, אייערע אייגענע געלט פארלוסטן, און די סומע פון שאדן וואס איר פאדערט.



אפליקאציע פאר פארגיטיגונג
New York State Office פון וויקטים סערוויסעס

ליינט
 ווי אזוי צו זיך איינגעבן
 פאר פארגיטיגונג איידער
 אויספילן דעם פארם.

בלויז וויקטים הילף פראגראם באנוץ

אדוואקאט נאמען/אימעיל	פראגראם נאמען/טעלעפאן	OVS VAP ID נומער
-----------------------	-----------------------	------------------

1. פארציילט אונז איבער דעם וויקטים.

געבורט דאטום	סאושעל סעקיריטי # <input type="checkbox"/> באצייכנט דא אויב איר האט נישט איינס	מיטלסטע	ערשטע נאמען:	לעצטע נאמען
פאסט אדרעס:				
גאס _____ דירה נומער (אדער P.O. Box) _____ סיטי: _____ קאונטי: _____ סטעיט (אדער פרעמדע לאנד) _____ זיפ קאוד _____				
ראסע/עטניסיטי: <input type="checkbox"/> ווייס <input type="checkbox"/> שווארץ <input type="checkbox"/> היספאניש <input type="checkbox"/> אמעריקאנער אינדיאנער/אלאסקא נעטיוו <input type="checkbox"/> אזיעאנער אינדיאנער <input type="checkbox"/> כינעזיש <input type="checkbox"/> יאפאנעזיש <input type="checkbox"/> פיליפיניש <input type="checkbox"/> קארעיש <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> וויעטנאמעזיש <input type="checkbox"/> באנגלאדעש <input type="checkbox"/> פאקיסטאניש <input type="checkbox"/> גואמאניש <input type="checkbox"/> כאמארעיש <input type="checkbox"/> סאמאעניש <input type="checkbox"/> נאטיווע האוואיען <input type="checkbox"/> אנדערע <input type="checkbox"/> מערערע-ראסע				
הייראט סטאטוס: <input type="checkbox"/> אליינס <input type="checkbox"/> פארהייראט <input type="checkbox"/> געלט <input type="checkbox"/> צוטיילט <input type="checkbox"/> אלמן/אלמנה <input type="checkbox"/> וואוינט מיט פארטנער				
מין: <input type="checkbox"/> מאן <input type="checkbox"/> פרוי <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> וויל נישט ענטפערן				
צו איז דער וויקטים געווען באגרעניצט בשעת'ן פארברעכן? <input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> אומבאקאנט				
ווי האט איר ערשט געהערט וועגן דעם אפיס פון וויקטים סערוויסעס? <input type="checkbox"/> פאליציי <input type="checkbox"/> שפיטאל <input type="checkbox"/> דיסטריקט אטורני <input type="checkbox"/> וויקטים הילף פראגראם <input type="checkbox"/> ראדיא/TV <input type="checkbox"/> בראשור/שילד <input type="checkbox"/> אינטערנעט <input type="checkbox"/> אנדערע				

2. אויב איר זענט נישט דער וויקטים, און איר שרייבט אונטער די קלעים, זענט איר דער קלעימענט. פארציילט אונז איבער איין. (זעט "ווער קען אונטערשרייבן די קלעים?" אויפן אנווייזונג בלאט.)

געבורט דאטום	סאושעל סעקיריטי # <input type="checkbox"/> באצייכנט דא אויב איר האט נישט איינס	מיטלסטע	ערשטע נאמען	לעצטע נאמען
פאסט אדרעס:				
גאס _____ דירה נומער (אדער P.O. Box) _____ סיטי _____ קאונטי _____ סטעיט (אדער פרעמדע לאנד) _____ זיפ קאוד _____				
וואס איז אייער פאבינדונג צום וויקטים? (באצייכנט בלויז איינס) <input type="checkbox"/> עלטערן <input type="checkbox"/> מאן/ווייב <input type="checkbox"/> קינד <input type="checkbox"/> לעגאלע גארדיען <input type="checkbox"/> אדוואקאט <input type="checkbox"/> אנדערע (ערקלערט) _____				

3. פארציילט אונז איבער דעם פארברעכן. (צייכנט בלויז איינס.)

דער וויקטים איז געשטארבן צוליב:	דער וויקטים איז פארוואונדעט געווארן צוליב:	דער וויקטים האט פארלוירן וויכטיגע פערזענליכע פארמעגן צוליב:
<input type="checkbox"/> מאטאר וויהיקל (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> מאטאר וויהיקל (אנדערע) <input type="checkbox"/> טעראר <input type="checkbox"/> פייער בכונה <input type="checkbox"/> מענטשן טראפיקינג <input type="checkbox"/> אנדערע מארד	<input type="checkbox"/> איבערפאל <input type="checkbox"/> נאכפאלגן <input type="checkbox"/> קידנעפינג <input type="checkbox"/> טעראר <input type="checkbox"/> פייער בכונה <input type="checkbox"/> רויבעריי <input type="checkbox"/> מענטשן טראפיקינג	<input type="checkbox"/> פייער בכונה <input type="checkbox"/> פארברעכערישע שאדנס <input type="checkbox"/> באשווינדלען/פינאנציעלע פארברעכן
פארברעכן באריכט נומער: _____ פאליציי אדער פארברעכן גערעכטיגקייט אגענטור באריכטעט צו: _____		
וואו האט דער פארברעכן פאסירט? (צייכנט בלויז איינס.) <input type="checkbox"/> ארבעט <input type="checkbox"/> אייגענע וואוינונג <input type="checkbox"/> דירה. געביידע <input type="checkbox"/> פאבליק גאס <input type="checkbox"/> באן/באס <input type="checkbox"/> פארקינג לאט <input type="checkbox"/> רעסטוראנט/באר <input type="checkbox"/> שולע/שולע הויף <input type="checkbox"/> געשעפט <input type="checkbox"/> אנדערע (ערקלערט): _____		
קאונטי וואו פארברעכן האט פאסירט: _____ דאטום פון פארברעכן: _____ דאטום וואס פארברעכן איז באריכטעט געווארן: _____ אויב מער ווי 7 טעג זענען אריבער צווישן דעם דאטום פונעם פארברעכן און דאטום פונעם באריכטונג פונעם פארברעכן, ערקלערט פארוואס: _____		
אויב מער ווי 1 יאר זענען צווישן דעם דאטום פונעם פארברעכן און דאטום פונעם אריינגעבן די קלאגע, ערקלערט פארוואס: _____		
שילדערט דעם פארברעכן אין אייער אייגענע ווערטער: _____		

4. רעסטיטושען:

<input type="checkbox"/> האט דער דיסטריקט אטורני (District Attorney, DA) געבעטן דעם געריכט צו באפעלן רעסטיטושען?	<input type="checkbox"/> יא	<input type="checkbox"/> ניין	<input type="checkbox"/> אומבאקאנט
האט דער געריכט באפעלן דעם פארדעכטיגטן צו צאלן רעסטיטושען?	<input type="checkbox"/> יא (סומע \$ _____)	<input type="checkbox"/> ניין	<input type="checkbox"/> נאכנישט

5. פארציילט אונד איבער אייערע אויסגאבן פארבינדן צום פארברעכן. (צייכנט אלע וואס זענען שייך.)

באמערקונג – אויב איר זענט בארעכטיגט פאר פארגיטיגונג, קען די OVS אייך מעגליך צוריקצאלן פאר די אויסגאבן אויסגערעכנט אונטן. די זאכן זאלן אויך פארלאנגט ווערן אלס טייל פון געריכט באפעל פאר רעסטיטושען. אפליקאנטן ווערן געמוטיגט צו מיטטיילן די אינפארמאציע מיט פראקורארן אויב עס איז דא א קרימינאלע קעיס. באזוכט <https://ovs.ny.gov/legal-information> פאר מער אינפארמאציע.

<input type="checkbox"/> מעדיציניש/אמבולאנס	<input type="checkbox"/> פארלוסט פון שטיצע (בלויז טויט קלאגע)	<input type="checkbox"/> פארלוירענע געהאלטן	<input type="checkbox"/> פערזענליכע טראנספארטאציע
<input type="checkbox"/> פארברעכן סצענע אויפריימען	<input type="checkbox"/> וואקעישיענאל/ריהאביליטעישן	<input type="checkbox"/> DV שעלטר	<input type="checkbox"/> מעדיציניש/קאנסעלינג
<input type="checkbox"/> זיכערהייט אפאראט/סיסטעם	<input type="checkbox"/> לוייה/באערידיגן	<input type="checkbox"/> אריבערגיין א וואוינונג/סטארעדזש	<input type="checkbox"/> געריכט
<input type="checkbox"/> קאנסעלינג		<input type="checkbox"/> וויכטיגע פערזענליכע פארמעגן	

אנדערע (ערקלערט):

6. רעכנט אויס סיי וועלכע וויכטיגע פערזענליכע פארמעגן, אזוי ווי קעש, אויגן-גלעזער, אדער קליידער וועלכע דארפן ווערן פארביטן צוליב דעם פארברעכן. (אויב גארנישט, גייט אריבער צו 7.)

שילדערט וואס איז פארלוירן/געשעדיגט געווארן:	קאסט	שילדערט וואס איז פארלוירן/געשעדיגט געווארן:	קאסט
1.	\$	3.	\$
2.	\$	4.	\$

7. צייכנט אן די קעסטלעך פאר אנדערע בענעפיטן אדער אינשורענס וואס איר האט וואס קען העלפן באצאלן די אויסגאבן פארבינדן צו די פארברעכן:

<input type="checkbox"/> פרייוואטע העלט אינשורענס (באצאלט דורך ארבעטער אדער אליינס)	<input type="checkbox"/> טשיילד העלט פלאס (Child Health Plus)	<input type="checkbox"/> דיסאביליטי	<input type="checkbox"/> היים/דינגער'ס אינשורענס
<input type="checkbox"/> סעקאנדערי העלט אינשורענס	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> ארבעטער'ס פארגיטיגונג	<input type="checkbox"/> קאר אינשורענס
<input type="checkbox"/> NYS מארקעטפליעס העלט אינשורענס	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> וועטעראן'ס בענעפיטס	<input type="checkbox"/> גארנישט
<input type="checkbox"/> NYS Essential Plan	<input type="checkbox"/> עפעס אנדערש:		

8. פארטרעט אייך א פרייוואטער אדוואקאט (נישט דיסטריקט אטורני)? יא ניין

אדוואקאט'ס נאמען _____ אדרעס _____ טעלעפאן נומער _____

9. באפולמעכטיגונג צו רעדן מיטן פארטרעטער

אויב איר וואלט געוואלט געבן ערלויבעניש צו א פאמיליע מיטגליד, פריינט אדער אנדער מענטש צו רעדן צו OVS אנבאלאנגט אייער קלעים, שרייבט אריין דא:

נאמען פונעם מענטש _____ אדרעס _____ טעלעפאן נומער _____

10. וויקטים/קלעימענט'ס באפולמעכטיגונג

איר באשטעטיגט אז אנגעמען א געוויס פון די OVS שאפט א ליען לטובת די סטעיט פון ניו יארק אויף סיי וועלכע רעקאווערי פארבינדן צום פארברעכן אויף וועלכן די קלעים איז באזירט, ענטהאלטנדיג סיי וועלכע אורטייל, אפמאך אדער באצאלונג פון א באפעל פון רעסטיטושען. איר אויטאריזירט סיי וועלכן לוייה דירעקטאר, אדוואקאט, ארבעטסגעבער, פאליציי אדער אנדערע פאבליק באפולמעכטיגונג, אינשורענס פירמע אדער סיי וועלכער מענטש וועלכער האט צוגעשטעלט סערוויסעס צום אויבנדערמאנטן, אדער האבנדיג באקאנטשאפט פון די זעלבע, צו געבן פאר'ן OVS אדער זיינע פארטרעטער די פאלגנדע אינפארמאציע: ארבעטער'ס פארגיטיגונג רעקארדס, אינפארמאציע פארבינדן צום פארברעכן אדער סיי וועלכע וואונדן אדער טויט געליטן אלס רעזולטאט פונעם פארברעכן, און אינפארמאציע פארבינדן צום קלעים. אויב א געוויס ווערט געמאכט, אויטאריזירט איר די OVS צו מאכן באצאלונגען דירעקט צום פראוויידער פון סערוויסעס. אויך אויטאריזירט איר די OVS צו מיטטיילן מיין אינפארמאציע און רעקארדס וועלכע זענען צונויפגעשטעלט פון די קלעים מיטן ארטיגע וויקטים הילף פראגראם (Victim Assistance Program, VAP) אויסגערעכנט אויף די אפליקאציע אדער סיי וועלכע אנדערע לאקאלע רעגירונגס איינהייט פעסטגעשטעלט דורך די ניו יארק סטעיט צו ארויסהעלפן וויקטימס פון פארברעכן כדי דער VAP אדער ארטיגע רעגירונגס איינהייט זאל קענען העלפן די OVS ביים פארהאנדלען מיין קלעים, מאכן זייער באשטימונג, און אויסארבעטן סערוויסעס. אויב א פרייוואטער אדוואקאט איז באשטימט געווארן אויף די אפליקאציע, אויטאריזירט איר אויך די OVS צו מיטטיילן מיין אינפארמאציע און רעקארדס וועלכע זענען צונויפגעשטעלט פאר די קלעים מיט'ן אדוואקאט כדי ער/זי זאל קענען דינען אלס מיין פארטרעטער. איר פארשטיי אז א באזונדערע מעלדונג פון ערשיינונג פון מיין אדוואקאט וועט זיין נויטיג אלס צוגאב צו די אויטאריזאציע. אויב א פאמיליע מיטגליד, פריינט אדער אנדער מענטש איז באשטימט געווארן אויף די אפליקאציע, אויטאריזירט איר די OVS צו מיטטיילן מיין אינפארמאציע און רעקארדס וועלכע זענען צונויפגעשטעלט פאר די קלעים מיט דעם מענטש כדי זיי זאלן מיר העלפן מיט די קלעים. איר באשטעטיגט אז די אינפארמאציע וואס איר האב געגעבן אויף די אפליקאציע און אויף סיי וועלכע דאקומענטאציע וואס איז געגעבן געווארן אנבאלאנגט דעם אפליקאציע איז אמת און פולקאם. איר פארשטיי אז מאכן א פאלשע דערקלערונג אויף דעם אפליקאציע, אדער אריינגעבן סיי וועלכע דאקומענטן אין שטיצע פון דעם אפליקאציע וואס איז פאלש, קען ווערן באשטראפט אלס א קרימינאלע פארברעכן. איר אנערקען אז אויספילן דעם אפליקאציע טוט נישט פארזיכערן א גרענט.

א קאפיע פון די אויטאריזאציע זאל באטראכט ווערן אזוי גילטיג ווי די אריגענעלע.

קלעימענט'ס אונטערשריפט _____ דאטום _____ טעלעפאן נומער דורכאויס די טאג _____

אימעיל: _____	שפראך וואס איר ווילט רעדן: <input type="checkbox"/> ענגליש <input type="checkbox"/> שפאניש <input type="checkbox"/> כינעזיש <input type="checkbox"/> אראביש <input type="checkbox"/> העישען קרעאול <input type="checkbox"/> איטאליעניש <input type="checkbox"/> קארעיש <input type="checkbox"/> רוסיש <input type="checkbox"/> אידיש
---------------	--

<input type="checkbox"/> אורדו	<input type="checkbox"/> פראנצויזיש	<input type="checkbox"/> בענגאליש	
	<input type="checkbox"/> אנדערע		<input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/>

כדי צו פראצעסירן אייער קלעים, שיקט פאר OVS די פאלגנדע דאקומענטן. האלט א קאפיע פאר אייערע רעקארדס.

- אלע בילס און רעסיעטס פאר אויסגאבן וואס זענען פארבינדן צו די זאכן און סערוויסעס איר האט געשילדערט אין טיילן 5 און 6 פון די קלעים פארם.
- אייערע פולקאמע, אונטערגעשריבענע קלעים פארם.
- איין אויסגעפולטע HIPAA פארם פאר יעדע מעדיצינישע און גייסטישע העלט פראוויידער וואס איר האט געזען פאר סערוויסעס פארבינדן צו די פארברעך.
- בריוון פון סיי וועלכע אינשורערס אדער רעגירונג אגענטורן וואס ווייזן צוריק אדער אויטאריזירן באצאלונגען פארבינדן צו די זאכן און סערוויסעס איר האט געשילדערט אין טיילן 5 און 6 פון די קלעים פארם.

געדענקט: איר מוז מאנען אייער אינשורענס פירמע אדער בענעפיטס פלאן **איידער** די OVS קען באצאלן.

שיקט אייערע דאקומענטן אויף פאסט צו:
 New York State Office of Victim Services
 AE Smith Building
 80 S. Swan Street
 Albany, NY 12210-8002

ovsintake@ovs.ny.gov

אימעיל'ט אייערע דאקומענטן צו:



**אויטאריזאציע פארן ארויסלאזן געזונטהייט אינפארמאציע אין איינקלאנג מיט HIPAA
[די בויגן איז באשטעטיגט געווארן דורך די ניו יארק סטעיט דעפארטמענט אוו העלט]**

פאציענט נאמען	געבורט דאטום	סאָשעל סעקיוויטי נומער ____-XXX-XX
פאציענט אדרעס		

איך, אדער מיין אויטאריזירטער פארטרעטער, פארלאנג אז די העלט אינפארמאציע אנבאלאנגט מיין קעיר און באהאנדלונג קען ווערן ארויסגעלאזט ווי געשילדערט אין דעם בויגן:

- אין איינקלאנג מיט ניו יארק סטעיט געזעץ און דער פריוואטקייט געזעץ פון די העלט אינשורענס פארטאביליטי און אקאונטאביליטי אקט פון 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), פארשטיי איך אז:
- די אויטאריזאציע קען ענטהאלטן אנטדעקונג פון אינפארמאציע אנבאלאנגט **אלקאהאל** און **דראג אביז**, גייסטיגע העלט באהאנדלונג, אויסער פסיכאטעראפיע באמערקונגען, און **געהיימע HIV* פארבינדענע אינפארמאציע** בלויז אויב איך לייג מיינע אינישעלס אויפן פאסיגן ליניע אין פראגע 9(a). אויב די העלט אינפארמאציע געשילדערט אונטן ענטהאלט סיי וועלכע סארטן פון אינפארמאציע, און איך לייג מיינע אינישעלס אויף די ליניע אויפן קעסטל אין פראגע 9(a), אויטאריזיר איך ספעציפיש ארויסצוגעבן אזעלכע אינפארמאציע צו די מענטש(ן) אנגעוויזן אין פראגע 8.
 - אויב איך אויטאריזיר ארויסצולאזן HIV-פארבינדענע, אלקאהאל אדער דראג באהאנדלונג, אדער גייסטיגע העלט באהאנדלונג אינפארמאציע, איז דער וואס דערהאלט דאס איז פארבאטן פון ווידער אנטפלעקן אזעלכע אינפארמאציע אן מיין אויטאריזאציע סידן ערלויבט צו טאן אזוי אונטער פעדעראלע אדער סטעיט געזעץ. איך פארשטיי אז איך האב דעם רעכט צו פארלאנגען א ליסטע פון מענטשן וועלכע מעגן דערהאלטן אדער נוצן מיין HIV-פארבינדענע אינפארמאציע אן אויטאריזאציע. אויב איך גיי אדורך דיסקרימינאציע צוליב דעם פריילאזונג אדער ענטדעקן פון HIV-פארבינדענע אינפארמאציע, מעג איך זיך פארבינדן מיטן ניו יארק סטעיט אפטיילונג פון מענטשליכע רעכטן אויף 480-2493 (212) אדער די ניו יארק סיטי קאמיסיע פון מענטשליכע רעכטן אויף 306-7450 (212). די אגענטורן זענען פאראנטווארטליך צו באשיצן מיינע רעכטן.
 - איך האב דעם רעכט צו צוריקציען די אויטאריזאציע סיי ווען דורך שרייבן צום העלט קעיר פראוויידער אויסגערעכנט אונטן. איך פארשטיי אז איך מעג צוריקציען די באפולמעכטיגונג אויסער אויב שריט איז שוין גענומען געווארן באזירט אויף די באפולמעכטיגונג.
 - איך פארשטיי אז אונטערשרייבן די באפולמעכטיגונג איז פרייוויליג. מיין באהאנדלונג, באצאלונג, איינשרייבונג אין א העלט פלאן, אדער בארעכטיגונג פאר בענעפיטן וועלן נישט זיין געוואנדן אין מיין אויטאריזאציע פון דעם אנטדעקונג.
 - אינפארמאציע ארויסגעגעבן אונטער די אויטאריזאציע איז מעגליך צו ווערן ווייטער געגעבן דורכן דערהאלטער (אויסער ווי באצייכנט אויבן אין פראגע 2), און דאס ווייטער אנטפלעקן קען מעגליך מער נישט זיין באשיצט דורך פעדעראלע אדער סטעיט געזעץ.
 - די אויטאריזאציע טוט אייך נישט אויטאריזירן צו ארומרעדן מיין העלט אינפארמאציע אדער מעדיצינישע קעיר מיט סיי וועם אנדערש ווי דער אדוואקאט אדער רעגירונגס אגענטור ספעציפירט אין פראגע 9(b).

7. נאמען און אדרעס פון העלט פראוויידער אדער איינהייט צו ארויסגעבן די אינפארמאציע:

8. נאמען און אדרעס פון מענטש(ן) אדער קאטעגאריע פון מענטש צו וועם די אינפארמאציע וועט געשיקט ווערן:
NYS OFFICE OF VICTIM SERVICES – AE SMITH BLDG., 80 S. SWAN ST., ALBANY, NY 12210-8002

9(a) ספעציפישע אינפארמאציע צו ווערן ארויסגעגעבן:

מעדיצינישע רעקארד פון (לייג אריין דאטום) _____ ביז (לייגט אריין דאטום) _____

פולע מעדיצינישע רעקארד, אריינגערעכנט פאציענט היסטאריעס, אפיס באמערקונגען (אויסער פסיכאטעראפיע באמערקונגען), טעסט רעזולטאטן, ראדיאלאגיע לערנונגען, פילמס, רעקאמענדאציעס, באראטונגען, בילינג רעקארדס, אינשורענס רעקארדס, און רעקארדס געשיקט צו אייך דורך אנדערע העלט קעיר פראוויידערס.

עפעס אנדערש: _____

נעמט אריין: (צייכנט דורך שרייבן אינישעלס)

אלקאהאל/דראג באהאנדלונג _____

גייסטיגע העלט אינפארמאציע _____

HIV-פארבינדענע אינפארמאציע _____

(b) מיט שרייבן אינישעלס דא _____ אויטאריזיר איך _____

נאמען פון ספעציפישע העלט קעיר פראוויידער _____ אינישעלס _____

צו איבערשמעסן מיין העלט אינפארמאציע מיט מיין אדוואקאט, אדער א רעגירונגס אגענטור, אויסגערעכנט דא: _____

NYS Office of Victim Services
(אדוואקאט/פירמע נאמען אדער רעגירונגס אגענטור נאמען)

10. סיבה פאר ארויסלאזן אינפארמאציע:
מיטן פארלאנג פונעם אינדיוידועל פאר צוועקן פון פּעסטשטעלן בארעכטיגונג פאר ניו יארק סטעיט אפיס פון וויקטימ סערוויסעס בענעפיטס.

11. דאטום אדער צייט ביי וועלכן די אויטאריזאציע וועט אפלויפן מיטן שלוס פון דעם אינדיוידועל'ס בארעכטיגונג פאר אפיס פון וויקטימ סערוויסעס בענעפיטס.

12. אויב נישט דער פאציענט, נאמען פון מענטש וועלכער שרייבט אונטער דעם פארם:

13. אויטאריטעט צו אונטערשרייבן אין נאמען פון פאציענט:

אלע פראגעס אויף די פארם זענען אויסגעפולט געווארן און מיינע פראגן וועגן די פארם זענען פארענטפערט געווארן. ווי אויך האב איך באקומען א קאפיע פון דעם בויגן.

אונטערשריפט פונעם פאציענט אדער פארשטייער אויטאריזירט אונטער'ן געזעץ. דאטום: _____

* מענטשליכע אימיונא-דעפישענסי ווירוס (Human Immunodeficiency Virus) וועלכע פאראורזאכט AIDS. די ניו יארק סטעיט פאבליק העלט געזעץ באשיצט אינפארמאציע וועלכע קען לאגיש אידענטיפיצירן איינעם אלס האבן HIV סימפטאמס אדער אינפעקציע און אינפארמאציע אנבאלאנגט א מענטש'ס פארבינדונגען.

