



## 補償の請求申請方法

### 誰が補償を申請できますか？

犯罪被害者、特定の親族、扶養家族、法定後見人、および資格のある善きサマリア人は、保険やその他のリソースが適用されない自己負担費用の補償を被害者支援局 (OVS) に申請できます。

### どのような費用が補償されますか？

OVSは、人身傷害、死亡、重要な個人財産の損失に関連する補償を提供します。

OVSが補償する具体的な費用には、医療費やカウンセリング費用、重要な個人財産の損失、犯罪現場の清掃、犯罪の直接的な結果として生じたその他の損失が含まれます。

### 補償を求めるにはどうすればいいですか？

記入済みのOVS申請書と、補償の受給資格を判断するためにOVSが要求する可能性のある書類のコピーを当局までお送りください。

### OVSに必要な書類の一部がない場合はどうなりますか？

今すぐ申請書をお送りください。その他の書類は後ほど送っていただけます。

### 犯罪により私の財産が紛失、損傷、破壊された場合はどうなりますか？

18歳未満、60歳以上、身体に障害がある、または負傷した場合は、>他の手段で補填されなかった必需である個人財産または現金を補填するための補償金給付を申請できます。必需とは、あなたの健康、安全、または福祉のために必要なことを意味します。これには、保険でカバーされていない眼鏡、寝具、衣類などの品目が含まれますが、これらに限定されません。

### 引っ越したらどうなりますか？

署名した手紙をすぐにOVSに郵送またはメールで送信してください。新しい住所と電話番号をお知らせください。メールアドレスが変更になった場合もお知らせください。

### 誰が請求書に署名できますか？

通常、被害者が請求書に署名する必要があります。ただし、被害者が18歳未満であるか、身体的または精神的に署名できない場合は、法定後見人 (給付金の受取人) が請求書のセクション2に記入し、請求書に署名する必要があります。

被害者が死亡した場合、給付金の請求者は、この請求書のセクション2に記入し、請求書に署名する必要があります。

### 別の申請方法はありますか？

はい、あります。ovs.ny.govにアクセスして、安全な被害者サービスポータル (VSP) にアクセスし、オンラインで申請書を提出してください。ポータルにアクセスするには、my.ny.gov アカウントを作成する必要があります。オンラインでの請求提出に関するサポートが必要な場合は、OVSに電話 (800-247-8035) でお問い合わせいただくか、OVSInfo@ovs.ny.govまでメールでお問い合わせください。

### HIPAA フォームに記入する必要がありますか？

おそらく必要です。このフォームはあなたの個人的な健康情報を保護するのに役立ちます。医療費やカウンセリング費を請求する場合は、サービスプロバイダーごとに1通の HIPAA フォームに記入する必要があります。空白のフォームをコピーして追加作成することもできます。

### 賠償金とは何ですか

賠償金とは、犯罪の結果として生じた損失や傷害に対して、犯罪の加害者が被害者に支払う金銭です。これは判決時に裁判所によって命じられなければならない、判決の一部とみなされます。賠償金は、将来の損失、精神的苦痛、または「苦痛と苦しみ」に対する損害賠償の支払いを目的としたものではありません。詳細については、OVSに電話 (800-247-8035) でお問い合わせいただくか、OVSのウェブサイトをご覧ください。<https://ovs.ny.gov/legal-information>。

### 誰が賠償金を受けることができますか？

犯罪の被害者となり、傷害、経済的損失、損害を被った人は誰でも賠償を求めることができます。

### 賠償金を求めるにはどうすればいいですか？

地方検察庁に連絡し、傷害の重症度、自己負担額、請求する損害賠償額を伝えてください。

## 窓口案内:

### 郵送先住所:

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

代表電話番号: 1-800-247-803までご連絡ください

ウェブサイト: [出典:](#)

申請書と書類を次の宛先にメールで送信してください:  
[OVSIntake@ovs.ny.gov](mailto:OVSIntake@ovs.ny.gov)

このフォームに記入する前に  
How to Apply for  
Compensation (補償金申  
請方法) をお読みください。

## 補償金の申請 ニューヨーク州被害者支援局



### 被害者支援プログラム専用

OVS VAP ID番号	プログラム名/電話番号	アドボケイト名/メールアドレス
--------------	-------------	-----------------

#### 1. 被害者について教えてください。

氏名 (姓)	氏名 (名)	ミドルネーム のイニシャル	社会保障番号 <input type="checkbox"/> 社会保障番号をお持ちでない場合は、こちらをご確認ください。	生年月日	
郵送先住所：					
ストリート名	アパート番号 (または私書箱)	市	郡	州 (または外国名)	郵便番号
人種/民族帰属： <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 黒人 <input type="checkbox"/> ヒスパニック <input type="checkbox"/> アメリカンインディアン/アラスカ先住民 <input type="checkbox"/> アジア系インド人 <input type="checkbox"/> 中国人 <input type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> フィリピン人 <input type="checkbox"/> 韓国人 <input type="checkbox"/> ベトナム人 <input type="checkbox"/> バングラデシュ人 <input type="checkbox"/> パキスタン人 <input type="checkbox"/> グアム島住民 <input type="checkbox"/> チャモロ人 <input type="checkbox"/> サモア人 <input type="checkbox"/> ハワイ先住民 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> マルチレース					
犯罪当時、被害者は障害を負っていましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明		婚姻区分：シングル <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 未亡人 <input type="checkbox"/> パートナーと同居			
性的指向： <input type="checkbox"/> ゲイやレズビアンあるいは <input type="checkbox"/> ストレート、つまりゲイやレズビアンではない <input type="checkbox"/> バイセクシャル <input type="checkbox"/> トゥースピリット (アメリカンインディアン/アラスカ先住民) <input type="checkbox"/> 私は別の用語を使用します： _____ <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 回答を希望しない					
出生時の性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> 回答を希望しない		あなたは自分がトランスジェンダーだと思いますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 思わない <input type="checkbox"/> 回答を希望しない			
性自認： <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> ノンバイナリー <input type="checkbox"/> トゥースピリット (アメリカンインディアン/アラスカ先住民) <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 私は別の用語を使用します： _____ <input type="checkbox"/> 回答を希望しない					
被害者支援局について最初にどのように知りましたか？ <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 地方検事 <input type="checkbox"/> 被害者支援プログラム <input type="checkbox"/> ラジオ/テレビ <input type="checkbox"/> パンフレット/ポスター <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> その他： _____					

#### 2. もしあなたが被害者ではなく、この請求書に署名するのであれば、あなたは原告です。

(「請求書に署名できるのは誰ですか?」を参照してください。)

氏名 (姓)	氏名 (名)	ミドルネーム のイニシャル	社会保障番号 <input type="checkbox"/> 社会保障番号をお持ちでない場合は、こちらをご確認ください。	生年月日	
郵送先住所：					
ストリート名	アパート番号 (または私書箱)	市	郡	州 (または外国名)	郵便番号
被害者との関係 (1つのみチェックしてください。) <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> 法定後見人 <input type="checkbox"/> 弁護士 <input type="checkbox"/> その他 (説明してください) _____					

#### 3. その犯罪について教えてください。(1つのみチェックしてください。)

被害者は死亡した。原因：	被害者は負傷した。原因：	被害者は重要な個人財産を失った。原因：
<input type="checkbox"/> 自動車 (酒気帯び運転/飲酒運転) <input type="checkbox"/> 自動車 (その他) <input type="checkbox"/> テロ <input type="checkbox"/> 放火 <input type="checkbox"/> 人身売買 <input type="checkbox"/> その他の殺人	<input type="checkbox"/> 性的暴行 <input type="checkbox"/> 児童の身体的虐待/ネグレクト <input type="checkbox"/> 児童性的虐待 <input type="checkbox"/> 自動車 (酒気帯び運転/飲酒運転) <input type="checkbox"/> 自動車 (飲酒運転以外) <input type="checkbox"/> 児童ポルノ <input type="checkbox"/> 人身売買 <input type="checkbox"/> 他の (説明してください) : _____	<input type="checkbox"/> 強盗 <input type="checkbox"/> 自動車 (酒気帯び運転/飲酒運転) <input type="checkbox"/> 自動車 (飲酒運転以外) <input type="checkbox"/> 人身売買 <input type="checkbox"/> 強盗 (傷害なし) <input type="checkbox"/> 他の (説明してください) : _____

(前ページより続く)

犯罪報告番号:

警察または刑事司法機関に報告:

犯罪はどこで起こりましたか？ (1つのみチェックしてください。)

職場  所有住宅  アパート建物  公道  地下鉄バス  駐車場  レストラン/バー  学校/校庭  買い物  モール

その他 (説明してください) : \_\_\_\_\_

犯罪が発生した郡: \_\_\_\_\_ 犯罪発生日: \_\_\_\_\_ 犯罪が報告された日付: \_\_\_\_\_

犯罪発生日と犯罪報告日の間に7日以上ある場合は、その理由を説明してください。 \_\_\_\_\_

犯罪発生日からこの請求を提出する日までに1年以上経過している場合は、その理由を説明してください。 \_\_\_\_\_

犯罪についてあなた自身の言葉で説明してください。

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. 賠償:

地方検察官 (DA) は裁判所に賠償命令を出すよう要請しましたか？

はい  いいえ  不明

裁判所は容疑者に賠償金の支払いを命じましたか？

はい: 金額 \$ \_\_\_\_\_  いいえ  まだ命じられていない

5. この犯罪に関連する費用について教えてください。(該当するものをすべてお選びください)

注記 - 補償の対象となる場合、OVSは以下に記載されている費用を弁済することができます。これらの項目も、裁判所命令による賠償の一部として要求する必要があります。刑事事件が発生した場合、申請者はこの情報を検察官と共有することが推奨されます。訪問 <https://ovs.ny.gov/legal-information> 詳細についてはこちらをご覧ください。

<input type="checkbox"/> 医療/救急車	<input type="checkbox"/> 扶養の喪失 (死亡請求のみ)	<input type="checkbox"/> 失われた賃金	<input type="checkbox"/> 個人輸送
<input type="checkbox"/> 犯罪現場の清掃	<input type="checkbox"/> 職業・リハビリテーション	<input type="checkbox"/> DVシェルター	<input type="checkbox"/> 医療/カウンセリング
<input type="checkbox"/> セキュリティデバイス/システム	<input type="checkbox"/> 葬儀・埋葬	<input type="checkbox"/> 引越し・保管	<input type="checkbox"/> 裁判所
<input type="checkbox"/> カウンセリング	<input type="checkbox"/> 必需である個人財産		
<input type="checkbox"/> その他 (説明してください) : _____			

6. この犯罪のために、現金、眼鏡、衣類など、交換が必要な必需品をリストアップしてください。(ない場合は、7に進みます。)

紛失/破損したものについて説明してください:	金額	紛失/破損したものについて説明してください:	金額
1.	\$	3.	\$
2.	\$	4.	\$

7. この犯罪に関連する費用の支払いに役立つ可能性があるその他の給付金または保険がある場合は、ボックスにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> 民間健康保険 (雇用主経由または自己負担)	<input type="checkbox"/> Child Health Plus (チャイルドヘルスプラス)	<input type="checkbox"/> SSDI/傷害保険	<input type="checkbox"/> ホーム/賃貸保険
<input type="checkbox"/> 二次健康保険	<input type="checkbox"/> Medicare (メディケア)	<input type="checkbox"/> 労災保険	<input type="checkbox"/> 自動車保険
<input type="checkbox"/> NYS Marketplace Health Insurance (マーケットプレイス健康保険)	<input type="checkbox"/> Medicaid (メディケイド)	<input type="checkbox"/> 退役軍人給付金	<input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> NYSエッセンシャルプラン	<input type="checkbox"/> その他:		

8. あなたの代理人は私選弁護士 (地方検事ではない) ですか？  はい  いいえ

はいの場合:

( )

弁護士名

住所

電話番号

9. 担当者と話するための許可。

ご家族、ご友人、その他の方に、あなたの請求に関して OVSと話す許可を与えたい場合は、こちらに入力してください:

( )

氏名

住所

電話番号

## 10. 被害者/請求者の承認

私は、被害者支援局 (OVS) からの裁定を受領することにより、判決、和解、賠償命令の支払いなど、この請求の根拠となる犯罪に関連するあらゆる回復に対してニューヨーク州を有利とする先取特権が付与されることを認めます。私は、葬儀業者、弁護士、雇用主、警察またはその他の公的機関、保険会社、または上記にサービスを提供した、または上記について知っている人物に対し、OVSまたはその代表者に以下の情報を提供することを許可します。労働者災害補償記録、犯罪に関する情報、または犯罪の結果として被った傷害や死亡、およびこの請求に関する情報。裁定が行われた場合、私はOVSがサービス提供者に直接支払いを行うこと。OVSが、この申請のために収集された私の情報と記録を、この申請書に記載されている地元の被害者支援プログラム (VAP) またはニューヨーク州で犯罪被害者を支援するために設立された地方自治体と共有すること。これにより、VAPまたは地方自治体は、OVSによる私の申請の処理、決定、およびサービスの調整を支援できます。この申請書に私選弁護士を記載した場合、私は、OVSが、この請求のために収集された私の情報と記録を、私の代理人として行動する弁護士と共有すること。この承認に加えて、弁護士からの出頭通知が別途必要になることを理解しています。この申請書に家族、友人、またはその他の人物が記載されている場合、私は、OVSがこの請求のために収集した私の情報と記録をその人と共有し、彼らがこの請求に関して私を支援できるようにすること。私は、OVSに私の請求に関連する記録の司法召喚状が送達される可能性があることを理解しています。OVSは法律によりそのような命令に従うことが義務付けられる場合がありますが、個人を特定できる情報を含む情報は編集して従います。私は、この申請書に記載された情報およびこの申請書を裏付けるために提供されたすべての文書が真実かつ完全であることを証明します。この申請書に虚偽の記載をしたり、この申請書の裏付けとして虚偽の書類を提出したりした場合、刑事犯罪として処罰される可能性があることを理解しています。この申請書の記入によって補償金給付が保証されるわけではないことを承知します。

この許可書のコピーは原本と同等の効力を持つものとみなされます。

請求申請者の署名： \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
日付 昼間電話番号

メールアドレス： _____	<b>希望言語：</b> <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> スペイン語 <input type="checkbox"/> 中国語 <input type="checkbox"/> アラビア語 <input type="checkbox"/> ハイチ語 <input type="checkbox"/> イタリア語 <input type="checkbox"/> 韓国語 <input type="checkbox"/> ロシア <input type="checkbox"/> イディッシュ語 <input type="checkbox"/> ベンガル語 <input type="checkbox"/> フランス語 <input type="checkbox"/> ウルドゥー語 <input type="checkbox"/> 他の
<b>通訳が必要ですか：</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

請求を処理するには、次の書類を OVS に送ってください。記録用にコピーを保管してください。

- 記入済み、署名済みの請求書。
- この請求書のセクション5および6で説明した商品およびサービスに関連する費用のすべての請求書と領収書。
- この犯罪に関連するサービスを受けた医療およびメンタルヘルス提供者ごとに、記入済みの HIPAA フォーム1通。
- この請求書のセクション5および6で説明した商品およびサービスに関連する支払いを拒否または承認する保険会社または政府機関からの手紙。

**注意：** OVSは支払うことができる前に保険会社または福利厚生プランに請求する必要があります。

書類を以下の宛先に郵送してください:

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

書類を次の宛先にメールで送信してください: [ovsintake@ovs.ny.gov](mailto:ovsintake@ovs.ny.gov)



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION PURSUANT TO HIPAA (HIPAAに基づく健康情報の開示の承認)

[このフォームはニューヨーク州保健局によって承認されています]

Table with patient information: 患者名, 生年月日, 社会保障番号, 患者住所

私または私の代理人は、私のケアと治療に関する健康情報をこのフォームに記載されているとおりに開示することを要求します。

New York State Law and the Privacy Rule of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) のプライバシー規則に従い、私は以下を理解しています。

- 1. この許可には、以下の情報開示が含まれる場合があります。ALCOHOL (アルコール) ... 2. 私がHIV関連、アルコールや薬物治療、または精神衛生治療に関する情報の開示を承認する場合、連邦法または州法で許可されていない限り、受信者は私の承認なしにそのような情報を再開示することは禁止されます。...

7.この情報を公開する医療提供者または団体の名前と住所:
8.この情報が送信される人物の名前と住所または人物のカテゴリ: NYS OFFICE OF VICTIM SERVICES - AE SMITH BLDG., 80 S. SWAN ST., ALBANY, NY 12210-8002
9(a).開示する特定情報:
Authorization to Discuss Health Information
10.情報開示の理由:
11.この許可の期限が切れになる日付またはイベント:
12.患者本人でない場合は、フォームに署名する人の氏名:
13.患者に代わって署名する権限:

このフォームのすべての項目が完了し、このフォームに関する私の質問に回答しました。さらに、フォームのコピーも提供されました。

日付: \_\_\_\_\_

法律により認められた患者または代理人の署名。

\* エイズを引き起こすヒト免疫不全ウイルス (HIV)。The New York State Public Health Law (ニューヨーク州公衆衛生法) は、HIVの症状または感染がある人物を合理的に特定できる情報、および人物との接触に関する情報を保護します。