



## 보상 신청 방법

### 어떤 사람이 보상을 신청할 수 있나요?

범죄 피해자와 특정한 친척, 부양가족, 법적 보호자 및 자격에 해당하는 선한 시민은 피해자 서비스국(OVS)에 보험이나 기타 리소스에 의해 지급되지 않는 본인 부담금에 대한 보상을 신청하실 수 있습니다.

### 보상을 받을 수 있는 비용의 유형은 어떤 것인가요?

OVS는 개인적 상해, 사망, 및 필수적인 개인 재산의 손실과 관련된 보상을 제공합니다.

구체적으로 OVS에서 보상해드릴 수 있는 비용의 유형에는 의료 비용과 상담 비용, 손실된 필수적 개인 재산, 범죄 현장 정리 및 기타 범죄의 직접적인 결과로 발생한 손실이 포함됩니다.

### 보상은 어떻게 신청할 수 있나요?

본 부서로 작성하신 OVS 신청서와 OVS에서 보상 자격 판단을 위해 요구할 수 있는 문서의 사본을 보내주시면 됩니다.

### OVS에서 필요할 수 있는 서류 중 일부가 없다면 어떻게 해야 할까요?

즉시 신청서를 제출해주시고. 기타 증명문서는 추후에 보내실 수 있습니다.

### 저의 재산이 범죄로 인해 손실, 손상되었거나 파괴되었다면 어떻게 해야 할까요?

귀하께서 만 18세 미만이거나 60세 이상이거나, 장애가 있거나 상해를 입었다면, *필수적인* 개인 재산을 복구하기 위한 혜택이나 다른 리소스를 통해 지급되지 않은 부분에 대한 현금 보상을 신청하실 수 있습니다.

*필수적인* 개인 재산이란 자신의 건강, 안전, 또는 웰빙을 위해 꼭 필요한 것을 의미합니다. 여기에는 보험이 적용되지 않는 안경, 침구 및 의복 등의 물품이 포함되며 이에 한정되지 않습니다.

### 만약 이사했다면 어떻게 해야 할까요?

즉시 서명된 문서를 OVS에 우편이나 이메일로 보내주시고. 새 주소와 전화번호를 저희에게 알려주시고. 또한, 이메일 주소가 변경되었다면 알려주시고.

### 보상 청구서는 어떤 사람이 서명할 수 있나요?

일반적으로는 피해자가 보상 청구서에 서명해야 합니다. 다만, 피해자가 만 18세 미만이거나 신체적 또는 정신적으로 서명할 능력이 없다면, 법적 보호자(혜택을 수령하게 될 사람)가 청구서의 섹션 2를 작성하고 서명해야 합니다.

만약 피해자가 사망했다면, 혜택을 청구하는 사람이 해당 양식의 섹션 2를 작성하고 서명해야 합니다.

### 다른 경로로도 신청할 수 있는 방법이 있나요?

예. [ovs.ny.gov](https://ovs.ny.gov)를 방문하셔서 보안 피해자 서비스 포털(VSP)에 접속하신 후 온라인으로 신청서를 제출하실 수도 있습니다. 포털에 접속하려면 [my.ny.gov](https://my.ny.gov) 계정을 먼저 만드셔야 합니다. 보상 청구를 온라인으로 제출하는 데 도움이 필요하시다면, 800-247-8035로 OVS에 연락하시거나 [OVSInfo@ovs.ny.gov](mailto:OVSInfo@ovs.ny.gov)로 이메일을 보내주시고.

### HIPAA 양식 또한 작성해야 하나요?

그렇 수도 있습니다. 이 양식은 개인의 건강 정보를 보호하는 데 사용됩니다. 만약 의료 비용이나 상담 비용을 청구하신다면, 각 서비스 제공자를 대상으로 HIPAA 양식을 작성하셔야 합니다. 추가 사본이 필요하실 경우 빈 양식을 복사하여 사용하실 수 있습니다.

### 배상(restitution)이란 무엇인가요?

배상은 범죄 가해자가 범죄 결과 발생한 손실이나 상해에 대해 피해자에게 지급하는 금전적 보상을 의미합니다. 이는 선고 시 법원 명령이 있어야 하며 선고 형량의 일부로 간주됩니다. 배상은 미래의 손실, 정신적 고통, 또는 "아픔과 괴로움"에 대한 보상금은 아닙니다. 보다 자세한 정보를 알아보시려면, 800-247-8035로 OVS에 연락하시거나 <https://ovs.ny.gov/legal-information>으로 OVS 웹사이트를 방문해주시고.

### 배상은 받을 수 있는 대상은 누구인가요?

범죄 피해자로서 상해를 입었거나 재정적 손실을 겪었거나 손해를 입은 사람은 누구나 배상을 청구할 수 있습니다.

### 배상 청구는 어떻게 할 수 있나요?

지방검사로 연락하셔서 본인의 상해가 얼마나 심각한지, 본인이 부담해야 할 손실이 얼마인지와 요청하는 손해배상금을 알려주셔야 합니다.

## 연락처 정보

우편 주소:

대표 전화번호: 1-800-247-803

웹사이트: <https://ovs.ny.gov>

신청서 및 증빙서류를 보내실 수 있는

---

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

---

이메일: [OVSIIntake@ovs.ny.gov](mailto:OVSIIntake@ovs.ny.gov)

이 양식을 제출하시기  
전에 보상 신청 방법을  
자세히 읽어주시기  
바랍니다.

## 보상 신청서 뉴욕 주 피해자 서비스국



### 피해자 지원 프로그램 담당자 작성란

OVS VAP ID#	프로그램 이름/전화	대변인 이름/이메일
-------------	------------	------------

#### 1. 피해자에 관한 정보.

성	이름:	중간 이니셜	사회보장번호 <input type="checkbox"/> 사회보장번호가 없다면 여기에 표시하십시오.	생년월일						
우편 주소:										
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">거리</td> <td style="border: none;">아파트# (또는 사서함)</td> <td style="border: none;">도시</td> <td style="border: none;">카운티</td> <td style="border: none;">주(또는 외국 국가)</td> <td style="border: none;">우편번호</td> </tr> </table>					거리	아파트# (또는 사서함)	도시	카운티	주(또는 외국 국가)	우편번호
거리	아파트# (또는 사서함)	도시	카운티	주(또는 외국 국가)	우편번호					
<b>인종/민족:</b> <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 흑인 <input type="checkbox"/> 히스패닉 <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언/알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 인도인 <input type="checkbox"/> 중국인 <input type="checkbox"/> 일본인 <input type="checkbox"/> 필리핀인 <input type="checkbox"/> 한국인 <input type="checkbox"/> 베트남인 <input type="checkbox"/> 방글라데시인 <input type="checkbox"/> 파키스탄인 <input type="checkbox"/> 광인 <input type="checkbox"/> 차모로인 <input type="checkbox"/> 사모아인 <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 다인종										
<b>피해자는 범죄 발생 당시 장애가 있었습니까?</b> <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음		<b>결혼 상태:</b> <input type="checkbox"/> 독신 <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 별거 <input type="checkbox"/> 사별 <input type="checkbox"/> 파트너와 동거								
<b>성적 지향:</b> <input type="checkbox"/> 게이 또는 레즈비언 <input type="checkbox"/> 이성애, 게이 또는 레즈비언이 아님 <input type="checkbox"/> 양성애 <input type="checkbox"/> 투 스피릿(아메리칸 인디언/알래스카 원주민) <input type="checkbox"/> 자신은 다른 용어를 사용함: _____ <input type="checkbox"/> 잘 모름 <input type="checkbox"/> 대답하고 싶지 않음										
<b>출생 시 젠더:</b> <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> 대답하고 싶지 않음		<b>본인은 자신을 트랜스젠더라고 생각하십니까?</b> <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 잘 모름 <input type="checkbox"/> 대답하고 싶지 않음								
<b>젠더 정체성:</b> <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 논바이너리 <input type="checkbox"/> 투 스피릿(아메리칸 인디언/알래스카 원주민) <input type="checkbox"/> 잘 모름 <input type="checkbox"/> 자신은 다른 용어를 사용함: _____ <input type="checkbox"/> 대답하고 싶지 않음										
<b>피해자 서비스국은 어떻게 처음 알게 되셨습니까?</b> <input type="checkbox"/> 경찰 <input type="checkbox"/> 병원 <input type="checkbox"/> 지방검사 <input type="checkbox"/> 피해자 지원 프로그램 <input type="checkbox"/> 라디오/TV <input type="checkbox"/> 팸플릿/포스터 <input type="checkbox"/> 인터넷 <input type="checkbox"/> 기타: _____										

#### 2. 본인이 피해자가 *아니면서* 보상 청구서에 서명할 경우에는 청구인으로 간주됩니다. 본인에 관한 정보. (작성 방법 페이지의 "보상 청구서는 어떤 사람이 서명할 수 있나요?" 섹션 참조.)

성	이름	중간 이니셜	사회보장번호 <input type="checkbox"/> 사회보장번호가 없다면 여기에 표시하십시오.	생년월일						
우편 주소:										
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">거리:</td> <td style="border: none;">아파트# (또는 사서함):</td> <td style="border: none;">도시:</td> <td style="border: none;">국가:</td> <td style="border: none;">주(또는 외국 국가):</td> <td style="border: none;">우편번호</td> </tr> </table>					거리:	아파트# (또는 사서함):	도시:	국가:	주(또는 외국 국가):	우편번호
거리:	아파트# (또는 사서함):	도시:	국가:	주(또는 외국 국가):	우편번호					
<b>피해자와는 어떤 관계이십니까? (오직 한 개만 표시)</b> <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 법적 보호자 <input type="checkbox"/> 변호사 <input type="checkbox"/> 기타(설명해주시시오) _____										

#### 3. 범죄에 관한 정보. (오직 한 개만 표시.)

<b>다음 원인으로 피해자 사망:</b>	<b>다음 원인으로 피해자 상해:</b>	<b>다음 원인으로 피해자의 필수적인 개인 재산 손실:</b>																													
<input type="checkbox"/> 자동차(DUI/DWI) <input type="checkbox"/> 자동차(기타) <input type="checkbox"/> 테러 <input type="checkbox"/> 방화 <input type="checkbox"/> 인신매매 <input type="checkbox"/> 기타 살인	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 성폭행</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 폭행</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 아동 신체적 학대/방치</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 스토킹</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 아동 성적 학대</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 유괴</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 자동차(DUI/DWI)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 테러</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 자동차(DUI/DWI 이외)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 방화</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 아동 포르노</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 강도</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 인신매매</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 기타(설명해주시시오):</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 성폭행	<input type="checkbox"/> 폭행	<input type="checkbox"/> 아동 신체적 학대/방치	<input type="checkbox"/> 스토킹	<input type="checkbox"/> 아동 성적 학대	<input type="checkbox"/> 유괴	<input type="checkbox"/> 자동차(DUI/DWI)	<input type="checkbox"/> 테러	<input type="checkbox"/> 자동차(DUI/DWI 이외)	<input type="checkbox"/> 방화	<input type="checkbox"/> 아동 포르노	<input type="checkbox"/> 강도	<input type="checkbox"/> 인신매매		<input type="checkbox"/> 기타(설명해주시시오):		<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 주택 침입</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 방화</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 자동차(DUI/DWI)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 기물파손</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 자동차(DUI/DWI 이외)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 사기/금융범죄</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 인신매매</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 강도(상해 없음)</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 기타(설명해주시시오): _____</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 주택 침입	<input type="checkbox"/> 방화	<input type="checkbox"/> 자동차(DUI/DWI)	<input type="checkbox"/> 기물파손	<input type="checkbox"/> 자동차(DUI/DWI 이외)	<input type="checkbox"/> 사기/금융범죄	<input type="checkbox"/> 인신매매		<input type="checkbox"/> 강도(상해 없음)		<input type="checkbox"/> 기타(설명해주시시오): _____		
<input type="checkbox"/> 성폭행	<input type="checkbox"/> 폭행																														
<input type="checkbox"/> 아동 신체적 학대/방치	<input type="checkbox"/> 스토킹																														
<input type="checkbox"/> 아동 성적 학대	<input type="checkbox"/> 유괴																														
<input type="checkbox"/> 자동차(DUI/DWI)	<input type="checkbox"/> 테러																														
<input type="checkbox"/> 자동차(DUI/DWI 이외)	<input type="checkbox"/> 방화																														
<input type="checkbox"/> 아동 포르노	<input type="checkbox"/> 강도																														
<input type="checkbox"/> 인신매매																															
<input type="checkbox"/> 기타(설명해주시시오):																															
<input type="checkbox"/> 주택 침입	<input type="checkbox"/> 방화																														
<input type="checkbox"/> 자동차(DUI/DWI)	<input type="checkbox"/> 기물파손																														
<input type="checkbox"/> 자동차(DUI/DWI 이외)	<input type="checkbox"/> 사기/금융범죄																														
<input type="checkbox"/> 인신매매																															
<input type="checkbox"/> 강도(상해 없음)																															
<input type="checkbox"/> 기타(설명해주시시오): _____																															
<b>범죄 신고 #:</b>		<b>신고된 경찰 또는 형사 사법 기관:</b>																													

**범죄는 어디에서 발생하였습니까? (오직 한 개만 표시.)**

직장  소유 거주지  아파트 건물  공공 도로  지하철/버스  주차장  레스토랑/바  학교/학교 운동장  쇼핑  물

기타(설명해주시시오): \_\_\_\_\_

범죄가 발생한 카운티: \_\_\_\_\_ 범죄 날짜: \_\_\_\_\_ 범죄가 신고된 날짜: \_\_\_\_\_

범죄 날짜와 범죄가 신고된 날짜 사이의 기간이 7일 이상이었다면, 그 이유를 설명해주시시오: \_\_\_\_\_

범죄 날짜와 본 보상 청구를 제출하시는 날짜 사이의 기간이 1년 이상이었다면, 그 이유를 설명해주시시오: \_\_\_\_\_

**해당 범죄를 자신의 말로 설명해주시시오:**

\_\_\_\_\_

(이전 페이지에서 계속)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. 손해 배상:**

<b>지방검사(DA)는 법원에 배상 명령을 청구하였습니까?</b>	<b>해당 법원은 용의자에게 배상금 지급을 명령하였습니까?</b>
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음	<input type="checkbox"/> 예: 금액 \$ _____ <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 미결

**5. 본 범죄와 관련하여 본인이 지출한 비용에 관한 정보. (해당하는 모든 것 표시.)**

**알림** - 보상 자격에 해당하실 경우, OVS에서 아래 기재된 비용을 상환해드릴 가능성이 있습니다. 아래 항목은 또한 법원 명령 배상금의 일부로도 요청되어야 합니다. 형사 사건의 경우, 신청자는 이 정보를 검사와 공유하기를 권장합니다. 보다 자세한 정보를 알아보시려면 <https://ovs.ny.gov/legal-information> 을 방문해주시시오.

<input type="checkbox"/> 의료/구급차	<input type="checkbox"/> 지원의 상실(사망 보상 청구만 해당)	<input type="checkbox"/> 상실된 급여	<input type="checkbox"/> 개인 교통수단
<input type="checkbox"/> 범죄 현장 정리	<input type="checkbox"/> 직업/재활	<input type="checkbox"/> 가정 폭력 센터	<input type="checkbox"/> 의료/상당
<input type="checkbox"/> 보안 장치/시스템	<input type="checkbox"/> 장례식/매장	<input type="checkbox"/> 이사/저장소	<input type="checkbox"/> 법원
<input type="checkbox"/> 상당	<input type="checkbox"/> 필수적인 개인 재산		

기타(설명해주시시오): \_\_\_\_\_

**6. 본 범죄로 인해 복구되어야 할 필요가 있는 현금, 안경, 또는 의복과 같은 필수적인 개인적 재산을 기재해주시시오. (해당 사항이 없다면 7로 건너뛰어 주십시오.)**

손실/손상된 항목:	비용	손실/손상된 항목:	비용
1.	\$	3.	\$
2.	\$	4.	\$

**7. 본 범죄와 관련된 비용을 지급하는 데 도움될 수 있는 다른 혜택이나 보험이 있다면 해당 칸에 표시해주시시오:**

<input type="checkbox"/> 개인 의료보험(고용주나 개인 부담을 통해)	<input type="checkbox"/> 차일드 헬스 플러스	<input type="checkbox"/> SSDI/장애	<input type="checkbox"/> 주택/세입자 보험
<input type="checkbox"/> 부차적인 의료보험	<input type="checkbox"/> 메디케어	<input type="checkbox"/> 근로자 보상	<input type="checkbox"/> 자동차 보험
<input type="checkbox"/> NYS 마켓플레이스 의료보험	<input type="checkbox"/> 메디케이드	<input type="checkbox"/> 재향군인 혜택	<input type="checkbox"/> 없음
<input type="checkbox"/> NYS 에센셜 플랜	<input type="checkbox"/> 기타:		

**8. 개인 변호사(지방검사가 아닌)가 귀하를 대변하고 있습니까?  예  아니요**

만약 예라면: \_\_\_\_\_ ( )

변호사 이름 \_\_\_\_\_ 주소 \_\_\_\_\_ 전화번호 \_\_\_\_\_

**9. 대변인 소통을 위한 승인.**

가족 구성원, 친구 또는 기타 다른 사람이 본인의 보상 청구와 관련하여 OVS와 소통할 수 있도록 허용하고자 하신다면 여기에 입력해주시시오:

\_\_\_\_\_ ( )

해당 인물 이름 \_\_\_\_\_ 주소 \_\_\_\_\_ 전화번호 \_\_\_\_\_

**10. 피해자/청구인의 승인**

본인은 피해자 서비스국(OVS)으로부터 보상을 수락할 경우 판결, 합의, 또는 배상 명령을 통한 지급금을 포함하여 본 보상 청구의 근거가 되는 범죄 관련 모든 원상 회복 사항에 대해 뉴욕 주에 유치권(lien)을 인정한다는 사실을 이해합니다. 본인은 장의사, 변호사, 고용주, 경찰 또는 기타 공공기관, 보험사, 또는 위의 인물에게 서비스를 제공했거나 위의 인물을 알고 있는 모든 사람이 OVS나 본 부서 대변인에게 다음 정보를 제공할 수 있도록 승인합니다: 근로자 보상 기록, 해당 범죄 관련 정보, 또는 해당 범죄의 결과 발생한 상해 또는 사망, 및 본 보상 청구 관련 정보. 보상이 이루어질 경우, 본인은 OVS가 서비스 제공자에게 직접 비용을 지급할 수 있도록 승인합니다. 본인은 또한 OVS에서 본 신청서에 기재된

지역 피해자 지원 프로그램(VAP)이나 범죄 피해자 지원을 위해 뉴욕 주에 설립된 기타 지역 정부기관에 VAP 또는 해당 지역 정부 기관이 OVS가 본인의 보상 청구를 처리하고 결정을 내리며 서비스를 조정하는 업무를 지원할 목적으로 본 보상 청구를 위해 제공한 자신의 정보와 기록을 공유할 수 있도록 승인합니다. 만약 본인이 신청서에 개인 변호사를 기재했다면, 본인은 또한 OVS가 본인의 대변인으로서 행동하는 변호사와 본 보상 청구를 위해 제공된 자신의 정보 및 기록을 공유할 수 있도록 승인합니다. 본인은 이 승인과 함께 본인 변호사로부터 출석 통지(Notice of Appearance)가 별도로 요구된다는 것을 이해합니다. 만약 가족 구성원, 친구, 또는 기타 다른 사람이 본 청구서에 기재되었다면, 본인은 그들이 본 보상 청구와 관련하여 본인에게 도움을 줄 수 있도록 OVS가 본 보상 청구를 위해 제공된 본인의 정보 및 기록을 해당 인물과 공유하는 것을 승인합니다. 본인은 자신의 보상 청구와 관련된 정보에 대하여 OVS는 법원의 소환장을 받을 수 있고; OVS는 법률에 따라 그러한 명령에 응해야 하지만, 개인을 식별할 수 있는 정보를 포함한 일부 정보는 보이지 않게 처리하여 제공할 수 있다는 것을 이해합니다. 본인은 본 청구서에 제공된 정보와 신청서를 뒷받침하기 위해 제공된 증명 문서가 사실이며 완전하다는 것을 확인합니다. 본인은 본 신청서에서 거짓된 주장을 하거나 본 신청서를 뒷받침하기 위해 거짓된 증명 문서를 제공할 경우, 형사상 처벌을 받을 수 있다는 사실을 이해합니다. 본인은 본 신청서를 제출하는 것이 보상을 보증하지는 않는다는 것을 인정합니다.

본 승인서 사본은 원본과 같은 효력이 있는 것으로 간주됩니다.

▶
( )

---

청구인 서명
날짜
주간 전화번호

이메일: _____	<b>대화 시 선호하는 언어:</b> <input type="checkbox"/> 영어 <input type="checkbox"/> 스페인어 <input type="checkbox"/> 중국어 <input type="checkbox"/> 아랍어 <input type="checkbox"/> 아이티어 <input type="checkbox"/> 이탈리아어 <input type="checkbox"/> 한국어 <input type="checkbox"/> 러시아어 <input type="checkbox"/> 이디시어 <input type="checkbox"/> 베트남어 <input type="checkbox"/> 프랑스어 <input type="checkbox"/> 우르두어 <input type="checkbox"/> 기타
<b>통역사 필요:</b> <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	

보상 청구 처리를 위해, 다음 문서를 OVS에 보내주십시오. 기록을 위해 사본을 보관해주시고.

- 작성 및 서명한 본인의 보상 청구 양식.
- 본 보상 청구 양식 섹션 5와 6에 설명한 상품 및 서비스와 관련된 모든 청구서와 영수증.
- 본 범죄와 관련된 서비스를 위해 방문한 각 의료 제공자 및 정신 건강 서비스 제공자를 위해 작성된 HIPAA 양식 각 1부.
- 본 보상 청구 양식 섹션 5와 6에 설명한 상품 및 서비스와 관련된 지급금을 거부했거나 승인한 모든 보험사 또는 정부 기관의 문서.

**기억해야 할 사항:** OVS에 보상을 청구할 수 있으려면 **그 이전에** 자신의 보험사나 혜택 플랜에 먼저 보상을 청구해야 합니다.

**문서를 보내실 우편 주소:**    New York State Office of Victim Services  
    AE Smith Building  
    80 S. Swan Street  
    Albany, NY 12210-8002

**문서를 보내실 이메일:**    [ovsintake@ovs.ny.gov](mailto:ovsintake@ovs.ny.gov)



**HIPAA에 따른 건강 정보 공개 승인**  
**[이것은 뉴욕 주 보건부에 의해 승인된 양식입니다]**

환자 이름	생년월일	사회보장번호 XXX-XX-_____
환자 주소		

본인, 또는 본인이 승인한 대변인은 본인의 케어 및 치료와 관련한 건강 정보가 본 양식 규칙에 따라 공개되기를 요청합니다:

뉴욕 주법 및 1966년 건강 보험 이동성 및 책임법(HIPAA) 개인 정보 보호법에 따라, 본인은 다음 사항을 이해합니다:

- 본 승인은 심리치료 기록 및 본인이 항목 9(a)의 적절한 공간에 자신의 이니셜을 기재했을 경우만 인정되는 **비공개 HIV\* 관련 정보**를 제외한 **알코올 및 약물 남용, 정신 건강 치료**와 관련된 정보의 공개를 포함할 수 있습니다. 아래 설명된 건강 정보에 이러한 유형의 정보가 포함되었고 본인은 항목 9(a)의 적절한 공간에 자신의 이니셜을 기재했다면, 구체적으로 본인은 항목 8에 명시된 사람(들)에게 그러한 정보가 공개될 수 있도록 승인한 것입니다.
- 본인이 HIV 관련 치료, 알코올 또는 약물 치료, 또는 정신 건강 치료 정보의 공개를 승인한다면, 그러한 정보의 수신자는 연방법이나 주법에 따라 그렇게 하는 것이 허용된 경우가 아니라면 본인의 승인 없이 해당 정보를 공개하는 것이 금지됩니다. 본인은 자신의 HIV 관련 정보를 승인 없이 수신하거나 사용할 수 있는 인물의 목록을 요청할 권리가 있음을 이해합니다. 본인이 HIV 관련 정보의 유출 또는 공개로 인해 차별을 경험했다면, 본인은 (212) 480- 2493으로 뉴욕 주 인권국에 연락하거나 (212) 306-7450으로 뉴욕시 인권위원회에 연락할 수 있습니다. 해당 기관은 본인의 권리를 보호해줄 책임이 있습니다.
- 본인은 이러한 승인을 아래 기재된 헬스케어 제공자에게 서면으로 통보함으로써 언제든지 취소할 권리가 있습니다. 본인은 이러한 승인을 취소하는 것이 해당 승인에 근거하여 이미 취해진 행동까지는 취소하지 않음을 이해합니다.
- 본인은 이러한 승인에 서명하는 것이 자발적임을 이해합니다. 본인의 치료, 지급금, 건강 플랜에 대한 등록, 또는 혜택 자격은 이러한 공개의 승인 여부에 따라 어떤 영향도 받지 않습니다.
- 본 승인에 따라 공개된 정보는 수신자에 의해 다시 공개(항목 2에서 설명된 경우 제외)될 수 있으며 이렇게 다시 공개된 정보는 더 이상 연방법이나 주법에 따라 보호되지 않습니다.
- 본 승인은 당신이 본인의 건강 정보나 의학적 치료 정보를 항목 9 (b)에 명시된 변호사나 정부 기관 이외의 그 어떤 사람과도 논의할 수 있도록 승인하지 않습니다.

7. 해당 정보가 공개될 의료 서비스 제공자 또는 기관의 이름과 주소:	
8. 해당 정보가 전송될 사람(들) 또는 그룹의 이름 및 주소: <b>NYS OFFICE OF VICTIM SERVICES – AE SMITH BLDG., 80 S. SWAN ST., ALBANY, NY 12210-8002</b>	
9(a). 공개될 수 있는 구체적인 정보: <input type="checkbox"/> 의료 기록, 시작일(날짜 입력) _____ 종료일(날짜 입력) _____ <input type="checkbox"/> 전체 의료 기록, 환자 이력, 진료 기록(심리치료 기록 제외), 검사 결과, 방사선과 검사, 영상, 진료의뢰, 상담, 청구 기록, 보험 기록 및 기타 의료 서비스 제공자가 당사자에게 보낸 기록 포함. <input type="checkbox"/> 기타: _____ 포함 사항: (이니셜을 기재하여 표시) _____ 알코올/약물 치료 _____ 정신 건강 정보 _____ HIV 관련 정보	
건강 정보 논의 승인 (b) <input type="checkbox"/> 여기에 이니셜을 기재함으로써, _____ 본인은 _____ 이니셜 _____ 개별적 의료 서비스 제공자 이름 가 여기에 기재된 본인의 변호사, 또는 정부 기관과 자신의 건강 정보를 논의할 수 있도록 승인합니다: <b>뉴욕 주 피해자 서비스국</b> (변호사/법인 이름 또는 정부 기관 이름)	
10. 정보 공개 사유: <b>뉴욕 주 피해자 서비스국 혜택 자격을 인정받고자 하는 개인의 요청에 따라.</b>	11. 본 승인이 만료될 날짜 또는 조건: <b>본 승인은 해당 인물의 피해자 서비스국 혜택 자격이 종료됨과 동시에 만료됩니다.</b>
12. 환자 자신이 아니라면, 양식에 서명하는 사람의 이름:	13. 환자 대신 서명할 수 있는 권한:

본 양식의 모든 항목이 작성되었고 본 양식에 관한 본인의 질문은 대답이 제공되었습니다. 또한, 본인은 본 양식 사본을 제공받았습니다.

날짜: \_\_\_\_\_

환자 또는 법률에 따라 승인된 대변인의 서명. \_\_\_\_\_

\* AIDS를 유발하는 인체 면역 결핍 바이러스. 뉴욕 주 공중보건법에 따라 누군가가 HIV 증상 또는 감염이 있다는 사실을 논리적으로 파악할 수 있는 정보와 그러한 사람의 연락처 정보는 보호됩니다.