



Jak ubiegać się o odszkodowanie?

Kto może ubiegać się o odszkodowanie?

Ofiary przestępstw, niektórzy krewni, osoby pozostające na utrzymaniu, opiekunowie prawni i kwalifikujący się Dobrzy Samarytanie mogą ubiegać się w Biurze ds. obsługi ofiar przestępstw (Office of Victim Services, OVS) o zwrot wydatków bieżących niepokrytych przez ubezpieczenie lub innych środków.

Za jakie wydatki mogę otrzymać odszkodowanie?

OVS oferuje odszkodowania związane z obrażeniami ciała, śmiercią i utratą niezbędnego mienia osobistego. Konkretnie wydatki, które OVS może pokryć, obejmują koszty leczenia i doradztwa, utratę niezbędnego mienia osobistego, sprzętanie miejsca przestępstwa i inne straty, które są bezpośrednim wynikiem przestępstwa.

Jak ubiegać się o odszkodowanie?

Prześlij nam wypełniony wniosek OVS wraz z kopiami dokumentacji, której OVS może zażądać w celu ustalenia, czy kwalifikujesz się do odszkodowania.

Co jeśli nie posiadam niektórych dokumentów wymaganych przez OVS?

Wyślij swój wniosek od razu. Pozostałe dokumenty możesz wysłać później.

Co jeśli moja własność została utracona, uszkodzona lub zniszczona w wyniku przestępstwa?

Jeśli masz mniej niż 18 lat, 60 lat lub więcej, jesteś osobą z niepełnosprawnością lub doznałeś obrażeń, możesz ubiegać się o świadczenia w celu zastąpienia *niezbędnego* mienia osobistego lub gotówki, które nie zostały pokryte z żadnych innych źródeł.

Niezbędny oznacza konieczny dla zdrowia, bezpieczeństwa lub dobra użytkownika. Obejmuje to między innymi przedmioty takie jak okulary nieobjęte ubezpieczeniem, pościel i odzież.

Co jeśli się przeprowadzę?

Natychmiast wyślij do OVS podpisane pismo pocztą lub e-mailem. Podaj nam swój nowy adres i numer telefonu. Poinformuj nas również, jeśli Twój adres e-mail ulegnie zmianie.

Kto może podpisać wniosek?

Ogólnie rzecz biorąc, wniosek musi zostać podpisany przez osobę poszkodowaną. Jeśli jednak ofiara ma mniej niż 18 lat lub jest fizycznie lub psychicznie niezdolna do złożenia podpisu, opiekun prawny (osoba otrzymująca świadczenia) musi wypełnić sekcję 2 wniosku i podpisać go. Jeśli ofiara zmarła, osoba wnioskująca o świadczenia musi wypełnić sekcję 2 niniejszego formularza wniosku i podpisać go.

Czy istnieje inny sposób złożenia wniosku?

Tak. Odwiedź stronę vos.ny.gov, aby uzyskać dostęp do bezpiecznego Portalu ds. obsługi ofiar przestępstw (Victim Service Portal, VSP) i złożyć wniosek online. Aby uzyskać dostęp do portalu, należy utworzyć konto na stronie my.ny.gov. Aby uzyskać pomoc w złożeniu wniosku online, skontaktuj się z OVS pod numerem 800-247-8035 lub wyślij wiadomość e-mail na adres OVInfo@ovs.ny.gov.

Czy muszę wypełnić formularz HIPAA?

Możliwe, że tak. Ten formularz pomaga chronić prywatne informacje zdrowotne. Jeśli ubiegasz się o zwrot kosztów leczenia lub doradztwa, wypełnij jeden formularz HIPAA dla każdego usługodawcy. Możesz skopiować pusty formularz, aby wykonać dodatkowe kopie.

Czym jest restytucja?

Restytucja to pieniądze wypłacane ofierze przez sprawcę przestępstwa za straty lub obrażenia poniesione w wyniku przestępstwa. Musi ona zostać zarządzona przez sąd w momencie skazania i jest uznawana za część wyroku. Restytucja NIE ma na celu wypłaty odszkodowania za przyszłe straty, udrękę psychiczną lub „ból i cierpienie”. Aby uzyskać więcej informacji, skontaktuj się z OVS pod numerem 800-247-8035 lub odwiedź stronę internetową OVS pod adresem <https://ovs.ny.gov/legal-information>.

Kto może otrzymać restytucję?

Każdy, kto padł ofiarą przestępstwa i poniósł obrażenia, straty finansowe lub szkody, może ubiegać się o restytucję.

Jak mogę ubiegać się o restytucję?

Skontaktuj się z biurem prokuratora okręgowego i poinformuj go o tym, jak poważne są Twoje obrażenia, jakie poniosłeś straty i jakiej kwoty odszkodowania się domagasz.

Dane kontaktowe

Adres pocztowy:

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

Główny numer telefonu: 1-800-247-803

Strona internetowa: <https://ovs.ny.gov>

Wnioski i dokumenty należy przesyłać
pocztą elektroniczną na adres:

OVSIIntake@ovs.ny.gov

Przed wypełnieniem formularza należy zapoznać się z instrukcją *Jak ubiegać się o odszkodowanie*.

Wniosek o odszkodowanie Biuro ds. obsługi ofiar w stanie Nowy Jork



Tylko do użytku w ramach programu pomocy ofiarom

Nr ID OVS VAP	Nazwa programu / Nr telefonu	Imię i nazwisko / adres e-mail rzecznika
---------------	------------------------------	--

1. Proszę powiedzieć nam o ofierze.

Nazwisko	Imię:	MI	Numer ubezpieczenia społecznego <input type="checkbox"/> Zaznacz tutaj, jeśli go nie posiadasz.	Data urodzenia						
Adres pocztowy:										
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><i>Ulica</i></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><i>Nr mieszkania # (lub Skrzynka pocztowa)</i></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><i>Miasto</i></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><i>Hrabstwo</i></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><i>Stan (lub kraj)</i></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><i>Kod pocztowy</i></td> </tr> </table>					<i>Ulica</i>	<i>Nr mieszkania # (lub Skrzynka pocztowa)</i>	<i>Miasto</i>	<i>Hrabstwo</i>	<i>Stan (lub kraj)</i>	<i>Kod pocztowy</i>
<i>Ulica</i>	<i>Nr mieszkania # (lub Skrzynka pocztowa)</i>	<i>Miasto</i>	<i>Hrabstwo</i>	<i>Stan (lub kraj)</i>	<i>Kod pocztowy</i>					
Rasa / pochodzenie: <input type="checkbox"/> Biały <input type="checkbox"/> Czarny <input type="checkbox"/> Latynos <input type="checkbox"/> Rdzenny mieszkaniec Ameryki / Alaski <input type="checkbox"/> Indianin pochodzenia azjatyckiego <input type="checkbox"/> Chiny <input type="checkbox"/> Japonia <input type="checkbox"/> Filipiny <input type="checkbox"/> Korea <input type="checkbox"/> Wietnam <input type="checkbox"/> Bangladesz <input type="checkbox"/> Pakistan <input type="checkbox"/> Guam <input type="checkbox"/> Camorro <input type="checkbox"/> Samoa <input type="checkbox"/> Rdzenny Hawajczyk <input type="checkbox"/> Inny <input type="checkbox"/> Wiele ras										
Czy ofiara była niepełnosprawna w momencie popełnienia przestępstwa? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiadomo		Stan cywilny: <input type="checkbox"/> Kawaler / Panna <input type="checkbox"/> Żonaty / Zameżna <input type="checkbox"/> Po rozwodzie <input type="checkbox"/> W separacji <input type="checkbox"/> Wdowiec / Wdowa <input type="checkbox"/> Mieszka z partnerem								
Orientacja seksualna: <input type="checkbox"/> Gej lub lesbijka <input type="checkbox"/> Osoba heteroseksualna, która nie jest gejem ani lesbijką <input type="checkbox"/> Biseksualista <input type="checkbox"/> Two Spilit (rdzenny mieszkaniec Ameryki / Alaski) <input type="checkbox"/> Używam innego sformułowania: _____ <input type="checkbox"/> Nie wiem <input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać										
Płeć w chwili urodzenia: <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać		Czy uważasz się za osobę transpłciową? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem <input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać								
Tożsamość płciowa: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Niebinarny <input type="checkbox"/> Two Spirit (rdzenny mieszkaniec Ameryki / Alaski) <input type="checkbox"/> Nie wiem <input type="checkbox"/> Używam innego sformułowania: _____ <input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać										
Jak dowiedziałeś się o Biurze ds. obsługi ofiar przestępstw? <input type="checkbox"/> Policja <input type="checkbox"/> Szpital <input type="checkbox"/> Prokurator okręgowy <input type="checkbox"/> Program pomocy ofiarom przestępstw <input type="checkbox"/> Radio/TV <input type="checkbox"/> Broszura/plakat <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Inne: _____										

2. Jeśli *nie* jesteś ofiarą, a podpisujesz niniejszy wniosek, jesteś osobą zgłaszającą roszczenie. Opowiedz nam o sobie. (Sprawdź „Kto może podpisać wniosek?” w instrukcji)

Nazwisko	Imię	MI	Numer ubezpieczenia społecznego <input type="checkbox"/> Zaznacz tutaj, jeśli go nie posiadasz.	Data urodzenia						
Adres pocztowy:										
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><i>Ulica</i></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><i>Nr mieszkania # (lub Skrzynka pocztowa)</i></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><i>Miasto</i></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><i>Hrabstwo</i></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><i>Stan (lub kraj)</i></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><i>Kod pocztowy</i></td> </tr> </table>					<i>Ulica</i>	<i>Nr mieszkania # (lub Skrzynka pocztowa)</i>	<i>Miasto</i>	<i>Hrabstwo</i>	<i>Stan (lub kraj)</i>	<i>Kod pocztowy</i>
<i>Ulica</i>	<i>Nr mieszkania # (lub Skrzynka pocztowa)</i>	<i>Miasto</i>	<i>Hrabstwo</i>	<i>Stan (lub kraj)</i>	<i>Kod pocztowy</i>					
Jaki jest twój związek z ofiarą? (Zaznacz <i>tylko</i> jedno) <input type="checkbox"/> Rodzic <input type="checkbox"/> Małżonek <input type="checkbox"/> Dziecko <input type="checkbox"/> Opiekun prawny <input type="checkbox"/> Pełnomocnik <input type="checkbox"/> Inny (Proszę wyjaśnić) _____										

3. Proszę powiedzieć nam o przestępstwie. (Zaznacz *tylko* jedno)

Ofiara zmarła z powodu: <input type="checkbox"/> Pojazd silnikowy (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> Pojazd silnikowy (inny) <input type="checkbox"/> Terroryzm <input type="checkbox"/> Podpalenie <input type="checkbox"/> Handel ludźmi <input type="checkbox"/> Inne zabójstwa	Czy ofiara odniosła obrażenia z powodu: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Napaść na tle seksualnym <input type="checkbox"/> Przemoc fizyczna wobec dziecka/zaniedbanie <input type="checkbox"/> Wykorzystywanie seksualne dzieci <input type="checkbox"/> Pojazd silnikowy (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> Pojazd silnikowy (nie DUI/DWI) <input type="checkbox"/> Pornografia dziecięca <input type="checkbox"/> Handel ludźmi <input type="checkbox"/> Inne(proszę wyjaśnić): _____ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Atak <input type="checkbox"/> Stalking <input type="checkbox"/> Porwanie <input type="checkbox"/> Terroryzm <input type="checkbox"/> Podpalenie <input type="checkbox"/> Napad </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Napaść na tle seksualnym <input type="checkbox"/> Przemoc fizyczna wobec dziecka/zaniedbanie <input type="checkbox"/> Wykorzystywanie seksualne dzieci <input type="checkbox"/> Pojazd silnikowy (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> Pojazd silnikowy (nie DUI/DWI) <input type="checkbox"/> Pornografia dziecięca <input type="checkbox"/> Handel ludźmi <input type="checkbox"/> Inne(proszę wyjaśnić): _____	<input type="checkbox"/> Atak <input type="checkbox"/> Stalking <input type="checkbox"/> Porwanie <input type="checkbox"/> Terroryzm <input type="checkbox"/> Podpalenie <input type="checkbox"/> Napad	Ofiara utraciła istotne dobra osobiste z powodu: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Włamanie <input type="checkbox"/> Pojazd silnikowy (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> Pojazd silnikowy (nie DUI/DWI) <input type="checkbox"/> Handel ludźmi <input type="checkbox"/> Napad (bez obrażeń) <input type="checkbox"/> Inne(proszę wyjaśnić): _____ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Podpalenie <input type="checkbox"/> Złośliwość <input type="checkbox"/> Oszustwa/przestępstwa finansowe </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Włamanie <input type="checkbox"/> Pojazd silnikowy (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> Pojazd silnikowy (nie DUI/DWI) <input type="checkbox"/> Handel ludźmi <input type="checkbox"/> Napad (bez obrażeń) <input type="checkbox"/> Inne(proszę wyjaśnić): _____	<input type="checkbox"/> Podpalenie <input type="checkbox"/> Złośliwość <input type="checkbox"/> Oszustwa/przestępstwa finansowe
<input type="checkbox"/> Napaść na tle seksualnym <input type="checkbox"/> Przemoc fizyczna wobec dziecka/zaniedbanie <input type="checkbox"/> Wykorzystywanie seksualne dzieci <input type="checkbox"/> Pojazd silnikowy (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> Pojazd silnikowy (nie DUI/DWI) <input type="checkbox"/> Pornografia dziecięca <input type="checkbox"/> Handel ludźmi <input type="checkbox"/> Inne(proszę wyjaśnić): _____	<input type="checkbox"/> Atak <input type="checkbox"/> Stalking <input type="checkbox"/> Porwanie <input type="checkbox"/> Terroryzm <input type="checkbox"/> Podpalenie <input type="checkbox"/> Napad					
<input type="checkbox"/> Włamanie <input type="checkbox"/> Pojazd silnikowy (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> Pojazd silnikowy (nie DUI/DWI) <input type="checkbox"/> Handel ludźmi <input type="checkbox"/> Napad (bez obrażeń) <input type="checkbox"/> Inne(proszę wyjaśnić): _____	<input type="checkbox"/> Podpalenie <input type="checkbox"/> Złośliwość <input type="checkbox"/> Oszustwa/przestępstwa finansowe					
Zgłoszenie przestępstwa nr:		Zgłoszono policji lub organowi wymiaru sprawiedliwości:				
Gdzie doszło do przestępstwa? (Zaznacz <i>tylko</i> jedno) <input type="checkbox"/> Praca <input type="checkbox"/> Posiadane miejsce zamieszkania <input type="checkbox"/> Budynek mieszkalny <input type="checkbox"/> Ulica <input type="checkbox"/> Metro/autobus <input type="checkbox"/> Parking <input type="checkbox"/> Restauracja/ba <input type="checkbox"/> Szkoła/teren szkoły <input type="checkbox"/> Centrum <input type="checkbox"/> handlowe <input type="checkbox"/> Inne (proszę wyjaśnić): _____						

Hrabstwo, w którym doszło do przestępstwa: _____ Data przestępstwa: _____ Data zgłoszenia przestępstwa: _____
Jeśli między datą przestępstwa a datą zgłoszenia upłynęło więcej niż 7 dni, proszę wyjaśnić dlaczego: _____

Jeśli między datą przestępstwa a datą złożenia wniosku upłynął więcej niż rok, proszę wyjaśnić dlaczego: _____

Proszę opisać przestępstwo własnymi słowami:

(Kontynuacja poprzedniej strony)

4. Restytucja:

Czy prokurator okręgowy zwrócił się do sądu o restytucję?

Tak Nie Nie wiadomo

Czy sąd nakazał podejrzanemu zapłatę restytucji?

Tak: Kwota _____ USD Nie Jeszcze nie

5. Proszę opowiedzieć nam o wydatkach spowodowanych przez to przestępstwo. (Zaznacz wszystkie właściwe.)

UWAGA - Jeśli kwalifikujesz się do odszkodowania, OVS może być w stanie zwrócić koszty wymienione poniżej. Te pozycje powinny być również wymagane jako część nakazanej przez sąd restytucji. Zachęcamy wnioskodawców do udostępniania tych informacji prokuratorom, jeśli toczy się sprawa karna. Odwiedź stronę <https://ovs.ny.gov/legal-information>, aby uzyskać więcej informacji.

<input type="checkbox"/> Pogotowie ratunkowe	<input type="checkbox"/> Utrata wsparcia (tylko w przypadku śmierci)	<input type="checkbox"/> Utracone wynagrodzenie	<input type="checkbox"/> Transport osobisty
<input type="checkbox"/> Oczyszczanie miejsc zbrodni	<input type="checkbox"/> Rehabilitacja zawodowa	<input type="checkbox"/> Schronisko DV	<input type="checkbox"/> Medycyna/Doradztwo
<input type="checkbox"/> Urządzenie/system bezpieczeństwa	<input type="checkbox"/> Pogrzeb	<input type="checkbox"/> Przeprowadzka/magazynowanie	<input type="checkbox"/> Sąd
<input type="checkbox"/> Doradztwo	<input type="checkbox"/> Niezbędny majątek osobisty		

Inne (proszę wyjaśnić):

6. Proszę wymienić wszystkie niezbędne rzeczy osobiste, takie jak gotówka, okulary lub odzież, które muszą zostać wymienione z powodu tego przestępstwa. (W przeciwnym wypadku, proszę przejść do punktu 7)

Proszę opisać, co zostało utracone/uszkodzone:	Koszt	Proszę opisać, co zostało utracone/uszkodzone:	Koszt
1.	\$	3.	\$
2.	\$	4.	\$

7. Proszę zaznaczyć pola dotyczące innych świadczeń lub ubezpieczeń, które mogą pomóc w pokryciu wydatków związanych z tym przestępstwem:

<input type="checkbox"/> Prywatne ubezpieczenie zdrowotne (opłacane przez pracodawcę lub samodzielnie)	<input type="checkbox"/> Child Health Plus	<input type="checkbox"/> SSDI/niepełnosprawność	<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie domu/najmu
<input type="checkbox"/> Dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Odszkodowanie pracownicze	<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie samochodu
<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie zdrowotne NYS Marketplace	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Świadczenia dla weteranów	<input type="checkbox"/> Brak
<input type="checkbox"/> NYS Essential Plan	<input type="checkbox"/> Inne:		

8. Czy reprezentuje Cię prywatny prawnik (inny niż prokurator okręgowy)? Tak Nie

Jeśli tak:

_____ ()
Imię i nazwisko prawnika Adres Nr telefonu #

9. Upoważnienie do rozmowy z przedstawicielem.

Jeśli chcesz zezwolić członkowi rodziny, przyjacielowi lub innej osobie na rozmowę z OVS w sprawie Twojego roszczenia, podaj:


_____ ()
Imię i nazwisko danej osoby Adres Nr telefonu #

10. Upoważnienie ofiary/powoda

UZNAJĘ, że przyjęcie środków od Biura ds. obsługi ofiar (Office of Victim Services, OVS) tworzy prawo zastawu na rzecz stanu Nowy Jork w odniesieniu do wszelkich zwrotów związanych z przestępstwem, na którym opiera się niniejsze roszczenie, w tym wszelkich wyroków, ugód lub płatności nakazu zwrotu. Upoważniam każdego przedsiębiorcę pogrzebowego, adwokata, pracodawcę, policję lub inny organ publiczny, firmę ubezpieczeniową lub jakąkolwiek osobę, która świadczyła usługi na rzecz powyższego lub posiada wiedzę na ten temat, do przekazania OVS lub jego przedstawicielom następujących informacji: Rejestry odszkodowań pracowniczych, informacje dotyczące przestępstwa lub wszelkich obrażeń lub śmierci poniesionych w wyniku przestępstwa oraz informacje dotyczące tego roszczenia. W przypadku przyznania środków upoważniam OVS do dokonywania płatności bezpośrednio na rzecz dostawcy usług. Upoważniam również OVS do udostępnienia moich informacji i dokumentacji zgromadzonej w związku z tym roszczeniem lokalnemu Programowi Pomocy Ofiarom (VAP) wymienionemu w niniejszym wniosku lub dowolnej jednostce samorządu terytorialnego ustanowionej w stanie Nowy Jork w celu pomocy ofiarom przestępstw, aby VAP lub jednostka samorządu terytorialnego mogła pomóc OVS w rozpatrzeniu mojego roszczenia, podjęciu decyzji i koordynacji usług.

Jeśli w niniejszym wniosku wymienię(-am) prywatnego prawnika, upoważniam również OVS do udostępnienia prawnikowi moich informacji i dokumentacji zebranych w związku z tym roszczeniem, aby działał jako mój przedstawiciel. Rozumiem, że oprócz niniejszego upoważnienia konieczne będzie osobne zawiadomienie o stawiennictwie od mojego prawnika. Jeśli członek rodziny, przyjaciel lub inna osoba jest wymieniona w tym wniosku, upoważniam OVS do udostępnienia moich informacji i dokumentacji zebranej dla tego wniosku tej osobie, aby mogła mi pomóc w tym wniosku. Przyjmuję do wiadomości, że OVS może otrzymać wezwanie sądowe dotyczące dokumentacji związanej z moim roszczeniem; OVS może być prawnie zobowiązane do wykonania takiego nakazu, ale czyni to z redakcjami, w tym informacji umożliwiającymi identyfikację osoby. Oświadczam, że informacje podane w niniejszym wniosku i wszelka dokumentacja dostarczona na poparcie tego wniosku są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że złożenie fałszywego oświadczenia w niniejszym wniosku lub przedłożenie jakiegokolwiek dokumentacji na poparcie tego wniosku, która jest fałszywa, może podlegać karze jako przestępstwo. Przyjmuję do wiadomości, że wypełnienie niniejszego wniosku nie gwarantuje przyznania środków.

Kserokopia niniejszego upoważnienia będzie uznawana za równie skuteczną jak oryginał.

	()	
Podpis wnioskodawcy	Data	Nr telefonu
E-mail: _____		Język, w którym wolisz się porozumiewać: <input type="checkbox"/> Angielski <input type="checkbox"/> Hiszpański <input type="checkbox"/> Chiński <input type="checkbox"/> Arabski <input type="checkbox"/> Kreolski haitański <input type="checkbox"/> Włoski <input type="checkbox"/> Koreański <input type="checkbox"/> Rosyjski <input type="checkbox"/> Jidysz <input type="checkbox"/> Bengalski <input type="checkbox"/> Francuski <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Inny
Potrzebny tłumacz ustny: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		

Aby rozpocząć przetwarzanie wniosku, należy przesłać do OVS następujące dokumenty. Zachowaj kopię wniosku w swojej dokumentacji.

- Wypełniony, podpisany formularz wniosku.
- Wszystkie rachunki i paragony za wydatki związane z towarami i usługami opisanymi w sekcjach 5 i 6 niniejszego formularza.
- Jeden wypełniony formularz HIPAA dla każdego świadczeniodawcy usług medycznych i zdrowia psychicznego w związku z tym przestępstwem.
- Pisma od ubezpieczycieli lub agencji rządowych odmawiające lub autoryzujące płatności związane z towarami i usługami opisanymi w sekcjach 5 i 6 niniejszego formularza.

Pamiętaj: Przed dokonaniem płatności przez OVS należy rozliczyć się z firmą ubezpieczeniową lub planem świadczeń.

Wyślij dokumenty na adres: Biuro ds. obsługi ofiar w stanie Nowy Jork
AE Smith Building
80 S. Swan Street
Albany, NY 12210-8002

Wyślij dokumenty pocztą elektroniczną na adres: ovsintake@ovs.ny.gov



UPOWAŻNIENIE DO UJAWNIAANIA INFORMACJI ZDROWOTNYCH ZGODNIE Z HIPAA
[Niniejszy formularz został zatwierdzony przez Departament Zdrowia Stanu Nowy Jork]

Imię i nazwisko pacjenta	Data urodzenia	Numer ubezpieczenia społecznego XXX-XX-_____
Adres pacjenta		

Ja lub mój upoważniony przedstawiciel prosimy o ujawnienie informacji zdrowotnych dotyczących mojej opieki i leczenia zgodnie z niniejszym formularzem:

Zgodnie z prawem stanu Nowy Jork i zasadami ochrony prywatności zawartymi w ustawie o przenośności i odpowiedzialności w ubezpieczeniach zdrowotnych z 1996 r. (HIPAA) rozumiem, że:

1. Niniejsze upoważnienie może obejmować ujawnienie informacji dotyczących **nadużywania alkoholu i narkotyków, leczenia psychiatrycznego**, z wyjątkiem notatek z psychoterapii, oraz **POUFNYCH INFORMACJI ZWIĄZANYCH Z HIV*** tylko wtedy, gdy umieszczę swoje inicjały w odpowiednim wierszu w punkcie 9(a). W przypadku, gdy informacje zdrowotne opisane poniżej obejmują którykolwiek z tych rodzajów informacji, a ja parafuję wiersz w polu w Punkcie 9(a), wyraźnie upoważniam do ujawnienia takich informacji osobie (osobom) wskazanej (wskazanym) w Punkcie 8

2. Jeśli zezwalam na ujawnienie informacji związanych z HIV, leczeniem uzależnienia od alkoholu lub narkotyków lub leczeniem zdrowia psychicznego, odbiorcy nie wolno ponownie ujawniać takich informacji bez mojej zgody, chyba że zezwala na to prawo federalne lub stanowe. Rozumiem, że mam prawo zażądać listy osób, które mogą otrzymywać lub wykorzystywać moje informacje związane z HIV bez upoważnienia. Jeśli doświadczę dyskryminacji z powodu ujawnienia informacji związanych z HIV, mogę skontaktować się z New York State Division of Human Rights pod numerem (212) 480-2493 lub New York City Commission of Human Rights pod numerem (212) 306-7450. Agencje te są odpowiedzialne za ochronę moich praw.

3. Mam prawo odwołać niniejsze upoważnienie w dowolnym momencie, pisząc do dostawcy usług opieki zdrowotnej wymienionego poniżej. Rozumiem, że mogę odwołać niniejsze upoważnienie, z wyjątkiem zakresu, w jakim działania zostały już podjęte na podstawie niniejszego upoważnienia.

4. Rozumiem, że podpisanie niniejszego upoważnienia jest dobrowolne. Moje leczenie, płatność, rejestracja w planie zdrowotnym lub uprawnienia do świadczeń nie będą uzależnione od mojej zgody na ujawnienie tych informacji.

5. Informacje ujawnione na podstawie niniejszego upoważnienia mogą zostać ponownie ujawnione przez odbiorcę (z wyjątkiem przypadków wskazanych powyżej w punkcie 2), a takie ponowne ujawnienie może nie być już chronione przez prawo federalne lub stanowe.

6. NINIEJSZE UPOWAŻNIENIE NIE UPOWAŻNIA DO OMAWIANIA MOICH INFORMACJI ZDROWOTNYCH LUB OPIEKI MEDYCZNEJ Z KIMKOLWIEK INNYM NIŻ ADWOKAT LUB ORGAN RZĄDOWY WSKAZANY W PUNKCIE 9 (B).

7. Nazwa i adres dostawcy usług medycznych lub podmiotu, który ma udostępnić te informacje:

8. Imię i nazwisko oraz adres osoby lub kategorii osób, do których informacje te zostaną wysłane:

NYS OFFICE OF VICTIM SERVICES – AE SMITH BLDG., 80 S. SWAN ST., ALBANY, NY 12210-8002

9(a). Następujące informacje zostaną ujawnione:

- Dokumentacja medyczna od (proszę podać datę) _____ do (proszę podać datę) _____
- Cała dokumentacja medyczna, w tym historie pacjentów, notatki z gabinetu (z wyjątkiem notatek z psychoterapii), wyniki badań, badania radiologiczne, filmy, skierowania, konsultacje, dokumentacja rozliczeniowa, dokumentacja ubezpieczeniowa i dokumentacja przesłana użytkownikowi przez innych świadczeniodawców opieki zdrowotnej.

Inne: _____

Włącznie z: *(Wskazać przez parafowanie)*

_____ **Leczenie uzależnienia od alkoholu/narkotyków**

_____ **Informacje na temat zdrowia psychicznego**

_____ **Informacje związane z HIV**

Upoważnienie do omawiania informacji zdrowotnych

(b) Parafując tutaj, _____ upoważniam _____

Inicjały

Imię i nazwisko indywidualnego świadczeniodawcy opieki zdrowotnej

do omówienia moich informacji zdrowotnych z moim prawnikiem lub agencją rządową wymienioną tutaj:

**BIURO DS. OBSŁUGI OFIAR PRZESTĘPSTW W
STANIE NOWY JORK**

(Nazwa pełnomocnika/firmy lub nazwa agencji rządowej)

10. Powód ujawnienia informacji:

Na wniosek osoby fizycznej w celu ustalenia uprawnień do świadczeń Biura ds. obsługi ofiar przestępstw w stanie Nowy Jork.

11. Data lub zdarzenie, w którym niniejsze upoważnienie wygaśnie:

Upoważnienie to wygaśnie po wygaśnięciu uprawniającej daną osobę do korzystania ze świadczeń Biura ds. obsługi ofiar przestępstw.

12. Jeśli pacjent nie może podpisać, imię i nazwisko osoby podpisującej formularz:

13. Upoważnienie do złożenia podpisu w imieniu pacjenta:

Wszystkie punkty tego formularza zostały wypełnione i udzielono odpowiedzi na moje pytania dotyczące tego formularza. Ponadto otrzymałem kopię formularza.

Data: _____

Podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowo upoważnionego.

* **Ludzki wirus niedoboru odporności (HIV) wywołujący AIDS. Ustawa o zdrowiu publicznym stanu Nowy Jork chroni informacje, które w uzasadniony sposób mogą zidentyfikować osobę z objawami lub zakażeniem wirusem HIV oraz informacje dotyczące kontaktu z daną osobą.**