Заявка и инструкции по компенсации

Как подать заявку на компенсацию

Кто может подать заявку на компенсацию?
Жертвы преступлений, их родственники, иждивенцы, законные опекуны и добропорядочные самаритяне могут обратиться в Управление по оказанию помощи жертвам преступлений (OVS) за компенсацией расходов, не покрываемых страховкой или другими ресурсами.

За какие расходы я могу получить компенсацию?
OVS предоставляет компенсацию в связи с травмами, смертью и потерей необходимого личного имущества. Конкретные расходы, которые может покрыть OVS, включают медицинские и консультационные расходы, потерю необходимого личного имущества, уборку места преступления и другие убытки, которые являются прямым результатом преступления.

Как попросить компенсацию?
Отправьте нам заполненное заявление OVS вместе с копиями документов, которые OVS может запросить для определения Вашего права на компенсацию.

Что делать, если у меня нет некоторых документов, необходимых OVS?
Отправьте заявку все равно. Документы Вы можете дослать позже.

Что делать, если мое имущество было утеряно, повреждено или уничтожено как результат преступления?
Если Вам меньше 18 лет, 60 лет или больше, Вы инвалид или получили травму, Вы имеете право обратиться за пособием на замену своего *существенного* личного имущества или за наличными деньгами, средства на которые не покрываются никакими другими ресурсами.
Существенное имущество означает необходимое для вашего здоровья, безопасности или благополучия. Сюда входят, в частности, такие предметы, как очки, не покрываемые страховкой, постельное белье и одежда.

Что делать, если я переезду?
Отправьте подписанное Вами письмо по почте или на адрес электронной почты OVS. Сообщите нам свой новый адрес и номер телефона. Также при необходимости сообщите нам об изменении адреса вашей электронной.

Кто может подписать заявку?
Как правило, заявку должна подписать жертва преступления. Однако если жертве нет 18 лет, или она физически или умственно не способна подписать заявку самостоятельно, то законный опекун (лицо, получающее пособие от лица жертвы) должен заполнить раздел 2 заявки и подписаться.
Если жертва умерла, лицо, обращающееся за пособием, должно заполнить раздел 2 данной заявки и подписаться.

Можно ли подать заявку другим способом?
Да. Зайдите на сайт ovs.ny.gov для получения доступа к защищенному порталу обслуживания жертв (VSP) и подайте заявку в режиме онлайн. Для доступа к порталу потребуется создать учетную запись на my.ny.gov. За помощью в подаче заявки в онлайне можно обратиться в OVS по телефону 800-247-8035 или по электронной почте OVSInfo@ovs.ny.gov.

Нужно ли заполнять форму HIPAA?
Возможно. Эта форма призвана защитить Вашу частную медицинскую информацию. Если Вы оформляете заявку на покрытие расходов на лечение или консультацию, Вам следует заполнить по одной форме HIPAA для каждого медицинского учреждения. Можно сделать фотокопию пустой формы для заполнения нескольких копий формы.

Что такое реституция?
Реституция — это денежная компенсация, выплачиваемая жертве преступления за убытки или ущерб, понесенные в результате преступления. Реституция назначается судом при вынесения приговора и считается частью наказания. Реституция НЕ является покрытием ущерба за будущие потери, душевные муки или «боль и страдания». За дополнительной информацией обращайтесь в OVS по телефону 800-247-8035 или зайдите на веб-сайт OVS https://ovs.ny.gov/legal-information.

Кто может получить реституцию?
Любой человек, ставший жертвой преступления и получивший травмы, понесший финансовые потери или ущерб, может требовать реституцию.

Как потребовать реституцию?
Следует связаться с окружным прокурором и сообщить ему, насколько серьезны Ваши травмы, какие убытки Вы понесли и какую сумму требуете в качестве реституции.

Контактная информация

Почтовый адрес:

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

Основной номер телефона: +1-800-247-803

Веб-сайт: https://ovs.ny.gov

Адрес электронной почты для отправки заявок и документов: OVSIntake@ovs.ny.gov

Перед заполнением этой формы прочтите статью *«Как подать заявку на компенсацию»*.

Заявка на компенсацию
Управление по оказанию помощи жертвам преступлений штата New York

Только для программы помощи жертвам		
ИД № OVS VAP	Название/телефон программы	ФИО/электронный адрес адвоката

1. Расскажите о жертве.

Фамилия	Имя:	Среднее имя/отчество	Номер социального страхования ☐ Отметить здесь, если у Вас его нет. _____-_____-_____	Дата рождения

Почтовый адрес:

Улица *Квартира (или А/Я.)* *Город* *Округ* *Штат (или иностранное государство)* *Почтовый индекс*

Раса/национальность: ☐ белые ☐ черные ☐ испаноязычные ☐ американские индейцы/коренные жители Аляски ☐ индийцы ☐ китайцы ☐ японцы ☐ филиппинцы ☐ корейцы ☐ вьетнамцы ☐ бангладешцы ☐ пакистанцы ☐ гуаманцы ☐ чаморро ☐ самоанцы ☐ коренные гавайцы ☐ другие ☐ смешанная раса

Была ли жертва инвалидом в момент совершения преступления?
☐да ☐нет ☐неизвестно

Семейное положение: ☐ одинокие ☐ женатые ☐ разведенные ☐ разделенные ☐ Овдовевшие ☐ живет с партнером

Сексуальная ориентация: ☐ гей или лесбиянка ☐ натурал, то есть не гей или лесбиянка. ☐ бисексуал ☐ двудушный (американские индейцы/коренные жители Аляски) ☐ использую другое определение: _____ ☐ не знаю ☐ предпочитаю не отвечать

Пол при рождении:
☐мужской ☐женский ☐X ☐предпочитаю не отвечать

Считаете ли вы себя транссексуалом?
☐ да ☐ нет ☐ не знаю ☐ предпочитаю не отвечать

Гендерная идентичность: ☐ женщина ☐ мужчина ☐ небинарный ☐ двудушный (американские индейцы/коренные жители Аляски) ☐ не знаю ☐ использую другое определение: _____ ☐ предпочитаю не отвечать

Как вы впервые узнали об Управлении по оказанию помощи жертвам преступлений? ☐полиция ☐больница ☐окружной юрист ☐программа помощи жертвам преступлений ☐радио/ТВ ☐брошюра/плакат ☐интернет ☐другое: _____

2. Если вы не являетесь жертвой, но подписываете эту заявку, являетесь ли Вы заявителем. Расскажите о себе.

(См. раздел «Кто может подписать заявку?» на странице инструкций).

Фамилия	Имя	Среднее имя/отчество	Номер социального страхования ☐ Отметить здесь, если у Вас его нет. _____-_____-_____	Дата рождения

Почтовый адрес:

Улица *Квартира (или А/Я.)* *Город* *Округ* *Штат (или иностранное государство)* *Почтовый индекс*

Каково Ваше отношение к жертве? (Отметить ***только*** одно поле)
☐родитель ☐супруг ☐ребенок ☐законный опекун ☐адвокат ☐ другое (опишите)_____

3. Расскажите о преступлении. (Отметить *только* одно поле)

Жертва умерла из-за:	**Жертва получила травму** из-за:		**Жертва потеряла существенное личное имущество** из-за:	
☐автотранспорт (вождение в нетрезвом виде / вождение с нарушением правил дорожного движения) ☐автотранспорт (другое) ☐терроризм ☐поджог ☐торговля людьми ☐убийство по другой причине	☐сексуальное насилие ☐физическое насилие над ребенком/пренебрежение ☐сексуальное насилие над ребенком ☐автотранспорт (вождение в нетрезвом виде / вождение с нарушением правил дорожного движения) ☐автотранспорт (не вождение в нетрезвом виде / не вождение с нарушением правил дорожного движения) ☐детская порнография ☐торговля людьми ☐другое (*опишите):* _____	☐насилие ☐преследование ☐похищение ☐терроризм ☐поджога ☐ограбление	☐кража со взломом ☐автотранспорта (вождение в нетрезвом виде / вождение с нарушением правил дорожного движения) ☐автотранспорта (не вождение в нетрезвом виде / не вождение с нарушением правил дорожного движения) ☐торговля людьми ☐ограбление (без ранений) ☐другое (*опишите):* _____	☐поджог ☐преступное посягательство ☐Мошенничество/финансовые преступления

Отчет о преступлении №:	**Полиция или орган уголовного правосудия, в который поступило заявление:**

Где совершено преступление? (Отметить ***только*** одно поле)

☐работа ☐свое жилище ☐многоквартирный дом ☐улица ☐метро/автобус ☐парковка ☐ресторан/бар ☐школа/школьная территория

☐магазин ☐торговый центр ☐другое (*опишите):* _____

Округ, где произошло преступление: _____ Дата совершения преступления: _____
Дата поступления заявления о преступлении: _____

Если между датой преступления и датой подачи заявления о преступлении прошло более 7 дней, объясните, почему: _____
_____

Если между датой совершения преступления и датой подачи данного заявления прошло более 1 года, объясните, почему: ____
_____

Опишите преступление своими словами:

_____
_____

(Продолжение с предыдущей страницы)

_____
_____

4. Реституция:

Обращался ли окружной прокурор в суд с просьбой назначить реституцию?	**Приказал ли суд подозреваемому выплатить реституцию?**
☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да: *Сумма в долл. США*_____ ☐ нет ☐ пока нет

5. Расскажите нам о своих расходах, связанных с этим преступлением. *(Отметьте все, что относится)*

ПРИМЕЧАНИЕ — Если Вы имеете право на компенсацию, OVS возможно сможет компенсировать расходы, перечисленные ниже. Данные позиции также должны быть затребованы как часть назначенной судом реституции. Заявителям рекомендуется сообщать эту информацию прокурорам в случае возбуждения уголовного дела. Зайдите на https://ovs.ny.gov/legal-information за дополнительной информацией.

☐ Медицинские расходы/скорая помощь ☐ Уборка места преступления ☐ Устройства/системы безопасности ☐ Консультации	☐ Потеря кормильца (только в случае смерти жертвы) ☐ Профессиональная помощь/реабилитация ☐ Похороны ☐ Существенное личное имущество	☐ Утрата заработка ☐ Приют для жертв насилия ☐ Переезд/Складирование	☐ Личные перевозки ☐ Медицинские расходы/консультации ☐ Суд
☐ Другое (*опишите):*			

6. Перечислите все сущесвтенные предметы личной собственности, такие как деньги, очки или одежда, которые необходимо заменить в связи с этим преступлением. *(Если таких нет, пропустить до пункта 7)*

Опишите, что было утеряно/повреждено:	**Стоимость**	**Опишите, что было утеряно/повреждено:**	**Стоимость**
1.	Долл. США	3.	Долл. США
2.	Долл. США	4.	Долл. США

7. Отметьте другие выплаты или страховки, которые могут помочь в покрытии расходов, связанных с этим преступлением:

☐ Частное медицинское страхование (через работодателя или самостоятельно)	☐ Child Health Plus	☐ SSDI/инвалидность	☐ Страхование жилья/аренды
☐ Вторичное медицинское страхование	☐ Medicare	☐ Страхование работников	☐ Автострахование
☐ NYS Marketplace Health Insurance	☐ Medicaid	☐ Выплаты ветеранам	☐ Нет
☐ NYS Essential Plan	☐ Другое:		

8. Вас представляет частный адвокат (не окружной юрист)?☐да ☐нет

Если «да»:

_____ ( ) _____
ФИО адвоката адрес телефон #

9. Разрешение на разговор с представителем.

Если Вы хотите дать разрешение члену семьи, другу или другому лицу разговаривать с OVS по поводу вашей заявки, укажите это здесь:

_____ ( ) _____
ФИО адвоката адрес телефон #

10. Разрешение жертвы/заявителя

Я ПРИНИМАЮ К СВЕДЕНИЮ, что получение выплаты от Управления по оказанию помощи жертвам преступлений (OVS) создает залог в пользу штата New York на любое взыскание, связанное с преступлением, на котором основана данная заявка, включая любое судебное решение, урегулирование или выплаты по постановлению о реституции. Я уполномочиваю любого директора похоронного бюро, адвоката, работодателя, полицию или другие государственные органы, страховую компанию или любое лицо, оказывавшее услуги вышеуказанному лицу или имеющее сведения об этом, предоставить OVS или его представителям следующую информацию: Данные о компенсации работникам, информация, касающаяся преступления, травм или смерти, полученных в результате преступления, и информация, касающаяся данной заявки. В случае присуждения віплат я уполномочиваю OVS осуществлять платежи непосредственно поставщику услуг. Я также разрешаю OVS передавать мою информацию и записи, собранные по данному заявлению, местной программе помощи жертвам преступлений (VAP), указанной в этой заявке, или любой местной правительственной организации штата New York для оказания помощи жертвам преступлений, чтобы VAP или местная правительственная организация помогли OVS в обработке моей заявки, вынесении решения и координации усилий. Если я указываю в этой заявке частного адвоката, я также разрешаю OVS передавать мою информацию и записи, собранные для этой заявки, адвокату, который будет выступать в качестве моего представителя. Я понимаю, что в дополнение к этому разрешению потребуется отдельное уведомление о явке от моего адвоката. Если в этой заявке указан член семьи, друг или другое лицо, я разрешаю OVS передать ему/ей мою информацию и записи, собранные для этой заявки, чтобы он/она могли помочь мне с этой заявкой. Я понимаю, что OVS может получить судебную повестку для получения записей, связанных с моей заявкой; по закону OVS может иметь обязательство выполнить такой приказ, но сделает это с купюрами, включая личную информацию. Я подтверждаю, что информация, указанная в этой заявке и любой документации, предоставленной в поддержку этой заявки, является достоверной и полной. Я понимаю, что дача ложных показаний в данной заявке или представление любой документации, предоставленной в поддержку данной заявки, которая является ложной, может привести к уголовному преследованию. Я признаю, что заполнение данной заявки не гарантирует получение выплат.

Фотокопия данного разрешения имеет такую же силу, как и оригинал.

_____ ( ) _____

Подпись заявителя Дата Рабочий телефон

Адрес эл. почты: _____	**Предпочитаемый язык общения:** ☐английский ☐испанский ☐китайский ☐арабский ☐гаитянский креольский ☐итальянский ☐корейсский ☐русский ☐идиш ☐бенгальский ☐французский ☐урду ☐другой
Необходим переводчик: ☐ да ☐нет	

Чтобы обработать Вашу заявку, отправьте в OVS следующие документы. Сохраните копию для своих записей.

- Ваш заполненный и подписанный бланк заявки.
- Все счета и квитанции о расходах, связанных с товарами и услугами, которые Вы описали в разделах 5 и 6 данной формы.
- По одной заполненной форме HIPAA для каждого медицинского и психиатрического учреждения, к которому Вы обращались за услугами, связанными с этим преступлением.
- Письма от любых страховщиков или государственных учреждений, отказывающих или разрешающих выплаты, связанные с товарами и услугами, которые Вы описали в разделах 5 и 6 данной формы заявки.

Помните! Вы должны выставить счет своей страховой компании или страховому плану, прежде чем OVS сможет произвести выплату.

Отправьте документы по почте: Управление по оказанию помощи жертвам преступлений штата New York (New York State Office of Victim Services)
AE Smith Building
80 S. Swan Street
Albany, NY 12210-8002

Отправьте документы по электронной почте: ovsintake@ovs.ny.gov

HIPAA

Официальная форма OCA №: 960

РАЗРЕШЕНИЕ НА РАЗГЛАШЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ В СООТВЕТСТВИИ С HIPAA

[Эта форма утверждена Департаментом здравоохранения штата New York].

ФИО пациента	Дата рождения	Номер социального обеспечения XXX-XX- _____
Адрес пациента		

Я или мой уполномоченный представитель прошу выдать медицинскую информацию, касающуюся моего ухода и лечения, как указано в этой форме:

В соответствии с законодательством штата New York и Правилами конфиденциальности Закона о переносимости и подотчетности медицинского страхования 1996 года (HIPAA) я понимаю, что:

1. Это разрешение может включать раскрытие информации, касающейся злоупотребления **АЛКОГОЛЕМ** и **НАРКОТИКАМИ**, **ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ**, за исключением записей о психотерапии, и **КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ, СВЯЗАННОЙ С ВИЧ***, только если я поставлю свои инициалы в соответствующей строке в пункте 9(a). В случае если медицинская информация, описанная ниже, включает любой из этих типов информации, и я ставлю свои инициалы в графе пункта 9(a), я специально разрешаю выдачу такой информации лицу (лицам), указанному (указанным) в пункте 8
2. Если я даю разрешение на предоставление информации о ВИЧ, лечении алкоголизма или наркомании или лечении психических заболеваний, получателю запрещается вторично раскрывать такую информацию без моего разрешения, за исключением случаев, когда это разрешено федеральным законом или законом штата. Я понимаю, что у меня есть право запросить список лиц, которые могут получать или использовать мою информацию о ВИЧ без разрешения. Если я столкнусь с дискриминацией из-за предоставления или раскрытия информации о ВИЧ, я могу обратиться в Отдел по правам человека штата New York по телефону (212) 480-2493 или в Комиссию по правам человека города New York по телефону (212) 306-7450. Эти учреждения отвечают за защиту моих прав.
3. Я имею право в любое время отозвать данное разрешение, направив письменное обращение в медицинское учреждение, указанное ниже. Я понимаю, что могу отозвать данное разрешение, за исключением случаев, когда действия уже были предприняты на основании данного разрешения.
4. Я понимаю, что моя подпись под данным разрешением является добровольной. Мое лечение, платежи, регистрация в медицинском страховом плане или право на получение выплат не будут зависеть от моего разрешения на такое раскрытие информации.
5. Информация, раскрытая по данному разрешению, может вторично раскрываться получателем (за исключением случаев, указанных выше в пункте 2), и такое вторичное раскрытие уже может не защищаться федеральным законодательством или законодательством штата.
6. **НАСТОЯЩЕЕ РАЗРЕШЕНИЕ НЕ РАЗРЕШАЕТ ОБСУЖДЕНИЕ МОЕЙ ИНФОРМАЦИИ О ЗДОРОВЬЕ И МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ С ЛИЦАМИ, ОТЛИЧНЫМИ ОТ АДВОКАТА ИЛИ СЛУЖАЩИМИ ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ, УКАЗАННЫМИ В ПУНКТЕ 9 (b).**

7. Наименование и адрес медицинского учреждения или организации, которая должна предоставить эту информацию:

8. ФИО и адрес лица (лиц) или категории лиц, которым будет направлена данная информация:

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

9(a). Конкретная информация для раскрытия:

- ❑ Медицинская карта/записи с (указать дату) _____ по (указать дату) _____
- ❑ Медицинская карта целиком, включая истории болезни, записи в кабинетах (за исключением записей о психотерапии), результаты анализов, радиологических исследований, снимки, направления, консультации, записи о выставлении счетов, страховые записи, а также записи, присланные другими поставщиками медицинских услуг.
- ❑ Другое:_____

_____

В том числе: *(поставьте инициалы)*

_____**Лечение алкоголизма/наркомании**

_____**Информация о психическом здоровье**

_____**Информация, касающаяся ВИЧ**

Разрешение на обсуждение медицинской информации

(b) ☐ инициалами здесь_____я разрешаю _____

инициалы — наименование медучреждения

обсуждать мою медицинскую информацию с моим адвокатом или служащим государственного учреждения, перечисленным здесь:

УПРАВЛЕНИЕ ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ ЖЕРТВАМ ПРЕСТУПЛЕНИЙ ШТАТА NEW YORK (NEW YORK STATE OFFICE OF VICTIM SERVICES)

(ФИИО адвоката/название фирмы или название государственного учреждения)

10. Причина раскрытия информации: ***По просьбе лица для установления права на получение выплат Управления по оказанию помощи жертвам преступлений штата New York.***	11. Дата или событие истечения срока действия данного разрешения: ***Срок действия данного разрешения истекает после прекращения права лица на получение выплат от Управления по оказанию помощи жертвам преступлений.***
12. Если разрешает не пациент, укажите ФИО лица, подписывающего форму:	13. Право подписи от имени пациента:

Все пункты данной формы заполнены, и на мои вопросы по этой форме получены все ответы. Кроме того, мне была предоставлена копия этой формы.

_____ Дата: _____

Подпись пациента или законного представителя.

*** Вирус иммунодефицита человека, вызывающий СПИД. Закон штата New York об общественном здравоохранении защищает информацию, по которой можно с достаточной степенью вероятности определить, что у человека есть симптомы или инфекция ВИЧ, а также информацию о контактах с этим человеком.**