



如何申请补偿

哪些人可以申请补偿？

犯罪受害者、某些亲属、家属、法定监护人和符合资格的见义勇为者可以向“受害者服务办公室（OVS）”申请保险公司或其他资源未涵盖的自付费用的补偿。

我可以得到哪些费用补偿？

OVS提供人身伤害、死亡和基本个人财产损失的相关赔偿。OVS可能涵盖的具体费用包括医疗和咨询费用、基本个人财产的损失、犯罪现场清理以及犯罪造成的其他直接损失。

我如何申请补偿？

请将填妥的OVS申请表连同OVS可能要求的文件副本一并寄发给我们，以确定您的补偿资格。

如果没有OVS所需的文件，我该怎么办？

立即寄发您的申请表。您可以稍后寄发其他文件。

如果我的财产因犯罪而行为而遭受损失、损坏或毁坏，我该怎么办？

如果您未满18岁、年满60岁、身患残疾，或者受伤，您可以申请福利，用以置换其他任何资源未涵盖的基本个人财产或现金。

“基本”一词表示对您的健康、安全或福祉必不可少。这包括但不限于保险未涵盖的眼镜等物品、床上用品以及服装。

如果搬家了，我该怎么办？

请立即向OVS邮寄或电邮签名信函。告诉我们您的新地址和电话号码。如果电子邮件地址发生变化，也请告知。

哪些人可以签署索赔申请？

一般来说，受害人必须在索赔申请上签字。但是，如果受害人未满18岁，或者身体或心理缺陷无法签字，则其法定监护人（领取福利金的人员）必须填写索赔申请表第2部分，并在索赔申请上签字。如果受害人死亡，则索求福利的人员必须填写索赔申请表第2部分，并在索赔申请上签字。

是否有其他申请方式？

有。请登录ovs.ny.gov，访问安全的“受害者服务门户网站（VSP）”，并在线提交申请表。您需要创建一个my.ny.gov帐户才能访问该门户网站。如果需要帮助提交在线索赔，请致电800-247-8035或电邮至OVSInfo@ovs.ny.gov联系OVS。

我是否必须填写HIPAA表？

有可能。此表有助于保护您的私人健康信息。如果您索赔医疗或咨询费用，则应为每个服务提供方分别填写HIPAA表。您可以复印空白表格作为额外副本。

什么是赔款？

“赔款”指由犯罪分子向受害人支付的金钱，用以弥补犯罪所致的损失或伤害。法庭必须在判决时下达赔款令，作为判决的一部分。“赔款”并非对日后的损失、精神痛苦或“肉体痛苦和精神创伤”支付损失。如需了解更多信息，请致电800-247-8035联系OVS，或访问OVS网站<https://ovs.ny.gov/legal-information>。

哪些人能够获得赔偿？

任何遭受精神创伤、经济损失或损害的犯罪受害者都可以寻求赔偿。

我如何申请赔偿？

您应该联系“地区检察官办公室”，告知他们您受到伤害的严重程度、损失的自付费用，以及伤害索赔金额。

联系信息

邮寄地址：

NYS Office of Victim Services
(NY州受害人服务办公室)
AE Smith Building
80 S. Swan Street
Albany, NY 12210-8002

主要电话电话号码：1-800-247-803

网址：<https://ovs.ny.gov>

将申请表和相关文件电邮至：
OVSIntake@ovs.ny.gov

填表前请仔细阅读
“如何申请补偿”。

补偿申请表
New York州受害人服务办公室



受害者援助计划专用

OVS VAP ID#	计划名称/电话	支持者姓名/电子邮件
-------------	---------	------------

1. 告诉我们受害者情况。

姓氏	名字:	中间名首字母	社会安全号 <input type="checkbox"/> 如果没有, 请勾选此框。	出生日期	
邮寄地址:					
街道	单元# (或邮政信箱)	城市	郡县	州 (或外国)	邮政编码
种族/族裔: <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 黑人 <input type="checkbox"/> 西语裔 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加土著 <input type="checkbox"/> 亚洲印第安人 <input type="checkbox"/> 中国人 <input type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> 菲律宾人 <input type="checkbox"/> 朝鲜人 <input type="checkbox"/> 越南人 <input type="checkbox"/> 孟加拉人 <input type="checkbox"/> 巴基斯坦人 <input type="checkbox"/> 关岛人 <input type="checkbox"/> 查莫罗人 <input type="checkbox"/> 萨摩亚人 <input type="checkbox"/> 夏威夷土著 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 多种族					
犯罪发生时, 受害人是否身有残疾? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知			婚姻状态: <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 鳏寡 <input type="checkbox"/> 同居		
性取向: <input type="checkbox"/> 男同性恋或女同性恋 <input type="checkbox"/> 异性恋, 不是男同性恋或女同性恋 <input type="checkbox"/> 双性恋 <input type="checkbox"/> 阴阳两性灵魂团体 (美洲印第安人/阿拉斯加土著) <input type="checkbox"/> 我使用不同术语: _____ <input type="checkbox"/> 不祥 <input type="checkbox"/> 不愿回答					
出生时的性别: <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> 不愿回答			您? 否将自己视为变性人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 <input type="checkbox"/> 不愿回答		
性别认同: <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 非二元性别 <input type="checkbox"/> 阴阳两性灵魂团体 (美洲印第安人/阿拉斯加土著) <input type="checkbox"/> 不详 <input type="checkbox"/> 我使用不同术语: _____ <input type="checkbox"/> 不愿回答					
您如何听说“受害人服务办公室”的? <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> 医院 <input type="checkbox"/> 地区检察官 <input type="checkbox"/> 受害者援助计划 <input type="checkbox"/> 电台/电视 <input type="checkbox"/> 宣传册/海报 <input type="checkbox"/> 互联网 <input type="checkbox"/> 其他: _____					

2. 如果你不是受害者, 但即将签署本索赔表, 则您是索赔人。告知我们您本人信息。

(参见说明页“哪些人可以签署索赔申请?”。)

姓氏	名字	中间名首字母	社会安全号 <input type="checkbox"/> 如果没有, 请勾选此框。	出生日期	
邮寄地址:					
街道	单元# (或邮政信箱)	城市	郡县	州 (或外国)	邮政编码
您与受害人的关系: (仅勾选一项) <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 法定监护人 <input type="checkbox"/> 律师 <input type="checkbox"/> 其他 (请说明) _____					

3. 告诉我们犯罪情况。(仅勾选一项。)

受害人死亡原因: <input type="checkbox"/> 机动车 (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> 机动车 (其他) <input type="checkbox"/> 恐怖主义 <input type="checkbox"/> 纵火 <input type="checkbox"/> 人口贩卖 <input type="checkbox"/> 他杀	受害人受伤原因: <input type="checkbox"/> 性侵犯 <input type="checkbox"/> 儿童躯体虐待/忽视 <input type="checkbox"/> 儿童性虐待 <input type="checkbox"/> 机动车 (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> 机动车辆 (非DUI/DWI) <input type="checkbox"/> 儿童色情 <input type="checkbox"/> 人口贩卖 <input type="checkbox"/> 其他 (请说明): _____	受害人基本个人财产损失原因: <input type="checkbox"/> 入室盗窃 <input type="checkbox"/> 机动车 (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> 机动车辆 (非DUI/DWI) <input type="checkbox"/> 人口贩卖 <input type="checkbox"/> 抢劫 (无伤害) <input type="checkbox"/> 其他 (请说明): _____	<input type="checkbox"/> 纵火 <input type="checkbox"/> 犯罪恶作剧 <input type="checkbox"/> 欺诈/金融犯罪
犯罪报告#:	接报的警务或刑事司法机构:		
犯罪发生地点? (仅勾选一项。) <input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 自有住宅 <input type="checkbox"/> 公寓大楼 <input type="checkbox"/> 公共街道 <input type="checkbox"/> 地铁/巴士 <input type="checkbox"/> 停车场 <input type="checkbox"/> 餐厅/酒吧 <input type="checkbox"/> 学校/学校场地 <input type="checkbox"/> 购物 <input type="checkbox"/> 中心 <input type="checkbox"/> 其他 (请说明): _____			
犯罪发生郡: _____ 犯罪日期: _____ 报案日期: _____			
如果犯罪日期与报案日期间隔超过7天, 请说明原因: _____			
如果犯罪日期到提出索赔日期间隔超过1年, 请说明原因: _____			

如要审理您的索赔申请，请向 OVS 寄发以下文件。请保留一份副本以供记录。

- 已签字且填写完整的索赔表。
- 与本索赔表第5、6部分所述商品和服务相关的所有费用账单和收据。
- 完整填写的、针对因此次犯罪而就诊的每个医疗和心理健康服务提供方的HIPAA表。
- 任何保险公司或政府机构出具的信函，拒绝或授权支付本索赔表第5、6部分所述的商品和服务。

请记住：您必须在**OVS支付之前**向保险公司或福利计划开具账单。

请将所有文件寄至： New York州受害人服务办公室
AE Smith Building
80 S. Swan Street
Albany, NY 12210-8002

将文件电邮至： ovsintake@ovs.ny.gov

