

كيفية تقديم طلب للحصول على تعويض

من يمكنه توقيع المطالبة؟

عامة، يجب على الضحية توقيع المطالبة. غير أنه في حال قل عمر الضحية عن 18 عام أو كان/ت فاقدة لأهلية التوقيع، يتوجب على الوصي القانوني (الشخص الذي يستلم الإعانات) حينذاك أن يملأ ويوقع القسم رقم 2 من المطالبة. وفي حال موت الضحية/ يجب على الشخص المطالب بالإعانات أن يملأ ويوقع القسم رقم 2 من المطالبة.

هل هناك سبيل آخر لتقديم طلب؟

نعم. الرجاء زيارة ovs.ny.gov للولوج إلى Victim Service Portal (VSP) (منصة خدمات الضحايا) وملء طلب عبر الإنترنت. سيليذك إنشاء حساب على موقع my.ny.gov للولوج إلى المنصة. للمساعدة حيال تقديم طلب عبر الإنترنت، الرجاء التواصل مع OVS هاتفياً عبر 800-247-8035 أو عبر البريد الإلكتروني عبر OVSIInfo@ovs.ny.gov.

هل يتوجب عليّ ملء نموذج HIPAA (قانون نقل التأمين الصحي والمسألة)؟

ربما. يساعد هذا النموذج على حماية بياناتك الصحية الخاصة. في حال طالبت بنفقات طبية أو استشارية، ينبغي عليك ملء نموذج HIPAA لكل من مقدمي الخدمات. يمكنك الاحتفاظ بنسخة فارغة لصنع مزيد منها.

ما تعويض النفقات؟

إن تعويض النفقات هو المال الذي يدفعه مرتكب الجريمة إلى الضحايا عن خسائرهم أو إصاباتهم الواقعة عليهم جراء الجريمة. ويجب أن يصدر أمر عن المحكمة بذلك في وقت العقوبة، وهي تُعتبر جزءاً من العقوبة. إن تعويض النفقات ليس دفع تكلفة خسائر أو آلام نفسية أو "آلام ومعاناة" مستقبلية. لمزيد من المعلومات، الرجاء التواصل مع OVS هاتفياً عبر 800-247-8035 أو تفضل بزيارة موقع OVS الإلكتروني عبر <https://ovs.ny.gov/legal-information>.

من بإمكانه الحصول على تعويض النفقات؟

يمكن لكل ضحايا الجرائم الذين يعانون إصابات أو خسائر مالية أو تلفيات الحصول على تعويض.

كيف يمكنني المطالبة بتعويض النفقات؟

ينبغي عليك التواصل مع مكتب District Attorney (محامي المقاطعة) وإبلاغهم عن شدة إصاباتك وما دفعته من نفقات ومقدار التلقيات المطالب برد قيمتها.

من يمكنه تقديم طلب للحصول على تعويض؟

يمكن لضحايا الجرائم، وأقرباء مُحدين ومُعالمين و Good Samaritans (السامريين الصالحين) تقديم طلب إلى Office of Victim Services (OVS) "مكتب خدمات الضحايا" للحصول على تعويض عن النفقات التي تصرفها دون أن غطاء تأميني أو غيره من الموارد.

ما نوع التكاليف التي يمكنني الحصول على تعويض عنها؟

يوفر OVS تعويضات مرتبطة بالإصابات الشخصية والموت وفقدان الممتلكات الشخصية الأساسية. هناك تكاليف معينة قد يغطيها OVS بما فيها التكاليف الطبية والاستشارية وخسارة الممتلكات الشخصية الأساسية وتنظيف مساح الجرائم والخسائر الأخرى التي تنتج مباشرة عن الجريمة.

كيف أطلب بتعويض؟

الرجاء أن ترسل إلينا طلب OVS مكتمل مع نسخ من الوثائق التي قد يحتاجها OVS لتحديد أهليتك لتلقي التعويض.

ماذا لو لم يكن بحوزتي الأوراق التي يحتاجها OVS؟

الرجاء إرسال طلبك على الفور. يمكنك إرسال باقي المستندات لاحقاً.

ماذا لو فقدت أو أتلقت أو أهلكت ممتلكاتي جراء الجريمة؟

في حال لم تبلغ من العمر 18 عاماً أو بلغ عمرك 60 عاماً أو أكثر أو في حال أصبت، يجوز لك تقديم طلب للحصول على إعانات لاستبدال الممتلكات الشخصية الأساسية أو النفود التي لم تكن مغطاة من قبل أي موارد أخرى. تعني كلمة الأساسية أنها جوهرية للصحة والسلامة والرفاهية. يشمل ذلك -دون حصره في- عناصر مثل النظارات الغير مغطاة من قبل التأمين أو العطاءات والملابس.

ماذا لو انتقلت؟

الرجاء إرسال خطاب مَوْع إلى OVS بريدياً أو عبر البريد الإلكتروني على الفور. أخبرنا عن عنوانك الجديد ورقم هاتفك. الرجاء اطلاعنا في حال تغيير عنوان بريدك الإلكتروني.

معلومات الاتصال

رقم الهاتف الرئيسي: 1-800-247-803

الموقع الإلكتروني: <https://ovs.ny.gov>

الرجاء إرسال الطلبات والمستندات إلكترونياً عبر:

OVSIIntake@ovs.ny.gov

عنوان المراسلات البريدية:

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



طلب الحصول على تعويض
New York State Office of Victim Services
(مكتب خدمات الضحايا بنيويورك)

قراءة
كيفية تقديم طلب للحصول على
تعويض قبل ملء هذا النموذج

لاستخدام برنامج Victim Assistance (مساعدة الضحايا) فقط

رقم معرف VAP لدى OVS	اسم البرنامج/رقم الهاتف	اسم المحامي/البريد الإلكتروني
----------------------	-------------------------	-------------------------------

1. أخبرنا عن الضحية.

اسم العائلة	الاسم الأول:	حروف الاسم الأوسط الأولى	رقم الضمان الاجتماعي <input type="checkbox"/> الرجاء وضع علامة هنا في حال لم يكن لديك واحدًا.	تاريخ الميلاد	
عنوان المراسلات البريدية:					
الشارع	شقة رقم (أو ص. ب. رقم)	المدينة	المقاطعة	الولاية (أو الدولة الأجنبية)	الرمز البريدي
العرق/الإثنية: <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> أسود <input type="checkbox"/> هسباني <input type="checkbox"/> هندي أمريكي/مواطن أصلي من الاسكا <input type="checkbox"/> هندي آسيوي <input type="checkbox"/> صيني <input type="checkbox"/> ياباني <input type="checkbox"/> فلبيني <input type="checkbox"/> كوري <input type="checkbox"/> فيتنامي <input type="checkbox"/> بنغالي <input type="checkbox"/> باكستاني <input type="checkbox"/> غوامي <input type="checkbox"/> تشامورو <input type="checkbox"/> سامواي <input type="checkbox"/> مواطن أصلي من هاواي <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> متعدد الاعراق					
هل كان/ت الضحية معاقلة/ في وقت ارتكاب الجريمة؟			الحالة الاجتماعية: <input type="checkbox"/> أعزب/عزباء <input type="checkbox"/> متزوج/ة <input type="checkbox"/> مطلق/ة <input type="checkbox"/> منفصلة/ة <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف		
التوجه الجنسي: <input type="checkbox"/> شاذ أو سحاقية <input type="checkbox"/> مستقيم، ليس بشاذ ولا بسحاقية <input type="checkbox"/> مزدوج التوجه <input type="checkbox"/> روحان (هندي أمريكي/مواطن أصلي في الاسكا)			<input type="checkbox"/> استخدم مصطلحًا آخرًا: _____ <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أفضل ألا أجيب		
الجنس عند الولادة:			هل تعتبر/ين نفسك عابرة/ة جنسيًا؟		
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> أفضل ألا أجيب			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أفضل ألا أجيب		
الهوية الجنسانية: <input type="checkbox"/> امرأة <input type="checkbox"/> رجل <input type="checkbox"/> غير مزدوج <input type="checkbox"/> روحان (هندي أمريكي/مواطن أصلي في الاسكا)			<input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أفضل ألا أجيب		
كيف تعرفت لأول مرة على Office of Victim Services؟ <input type="checkbox"/> الشركة <input type="checkbox"/> المستشفى <input type="checkbox"/> محامي المقاطعة <input type="checkbox"/> Victim Assistance Program (برنامج مساعدة الضحايا) <input type="checkbox"/> الراديو/التلفاز <input type="checkbox"/> مكتب/ملصق <input type="checkbox"/> الإنترنت <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____					

2. في حال لم تكن أنت الضحية، وتوقع هذا النموذج، فأنت المطلوب. أخبرنا عنك.

(الرجاء الاطلاع على "من يمكنه توقيع المطالبة؟" في صفحة التوجيهات.)

اسم العائلة	الاسم الأول	حروف الاسم الأوسط الأولى	رقم الضمان الاجتماعي <input type="checkbox"/> الرجاء وضع علامة هنا في حال لم يكن لديك واحدًا.	تاريخ الميلاد	
عنوان المراسلات البريدية:					
الشارع	شقة رقم (أو ص. ب. رقم)	المدينة	المقاطعة	الولاية (أو الدولة الأجنبية)	الرمز البريدي
ما علاقتك بالضحية؟ (الرجاء اختيار واحدة فقط) <input type="checkbox"/> ولي الأمر <input type="checkbox"/> الزوج/ة <input type="checkbox"/> الطفل <input type="checkbox"/> الوصي القانوني <input type="checkbox"/> المحامي <input type="checkbox"/> غير ذلك (اشرح) _____					

3. أخبرنا عن الجريمة. (الرجاء اختيار واحدة فقط)

مات/ت الضحية بسبب:	هل كان/ت الضحية مصابًا/ة جزاء:	خسرت الضحية ممتلكات شخصية أساسية جزاء:
<input type="checkbox"/> أمريكية (DUI) القيادة تحت مؤثر/(DUI) القيادة في حال فقدان الأهلية)) <input type="checkbox"/> أمريكية (غير ذلك) <input type="checkbox"/> الإرهاب <input type="checkbox"/> الحرق العمدي <input type="checkbox"/> الاتجار بالبشر <input type="checkbox"/> جرائم قتل أخرى	<input type="checkbox"/> اعتداء جنسي <input type="checkbox"/> إهمال/إساءة معاملة الأطفال <input type="checkbox"/> اعتداء جنسي على الأطفال <input type="checkbox"/> أمريكية (DUI) القيادة تحت مؤثر/(DUI) القيادة في حال فقدان الأهلية)) <input type="checkbox"/> الحرق العمدي <input type="checkbox"/> الإرهاب <input type="checkbox"/> السرقة <input type="checkbox"/> غير ذلك (الرجاء التفسير): _____	<input type="checkbox"/> السطو <input type="checkbox"/> مركبة (DUI) القيادة تحت مؤثر/(DUI) القيادة في حال فقدان الأهلية)) <input type="checkbox"/> أمريكية (عدم DUI) القيادة تحت مؤثر/(DUI) القيادة في حال فقدان الأهلية)) <input type="checkbox"/> الاتجار بالبشر <input type="checkbox"/> سرقة (دون إصابات) <input type="checkbox"/> غير ذلك (الرجاء التفسير): _____

تقرير جنائي رقم:

الشرطة أو وكالة العدل الجنائي المبلغ إليها:

أين وقعت الجريمة؟ (الرجاء وضع علامة أمام واحدة فقط.)

العمل مسكن ملك شقة. مبنى. شارع عام مترو أنفاق/أوتوبيس ساحة ركن مطعم/مشرب مدرسة/حرم دراسي مركز تجاري غير ذلك (الرجاء التفسير): _____

المقاطعة حيث وقعت الجريمة: _____ تاريخ وقوع الجريمة: _____ تاريخ الإبلاغ عن الجريمة: _____

في حال جاء الإبلاغ عن الجريمة عقب ارتكابها بأكثر من 7 أيام، الرجاء تفسير سبب التأخير: _____

في حال تقديم هذه المطالبة عقب ارتكاب الجريمة بأكثر من عام واحد، الرجاء تفسير سبب التأخير: _____

الرجاء وصف الجريمة من منظورك:

(متابعة من الصفحة السابقة)

4. تعويض النفقات:

هل طالب محامي المقاطعة (DA) المحكمة بالأمر بتعويض النفقات؟	هل ألزمت المحكمة المشتبه به بتعويض النفقات؟
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/>	نعم: المبلغ \$ _____ لا <input type="checkbox"/> ليس بعد <input type="checkbox"/>

5. الرجاء اطلعنا على النفقات المرتبطة بتلك الجريمة. (الرجاء اختيار الخيارات التي تنطبق عليك كافة.)

ملاحظة - في حال تأهلك للحصول على تعويض، قد يتمكن OVS من تعويضك عن النفقات المدرجة أدناه. كما ينبغي المطالبة بتلك العناصر كجزء من تعويض النفقات الصادر به أمر من المحكمة. يُنصح المشاركون بمشاركة هذه المعلومات مع وكلاء النيابة في حال وجود أي قضية جنائية. الرجاء زيارة <https://ovs.ny.gov/legal-information> لمزيد من المعلومات.

<input type="checkbox"/> الفريق الطبي/الإسعاف	<input type="checkbox"/> فقدان الدعم (مطالبات الوفاة فقط)	<input type="checkbox"/> رواتب مفقودة	<input type="checkbox"/> الانتقال الشخصي
<input type="checkbox"/> تنظيف مسرح الجريمة	<input type="checkbox"/> مهني/إعادة تأهيل	<input type="checkbox"/> ملجأ ضحايا العنف المنزلي	<input type="checkbox"/> الفريق الطبي/الاستشارة
<input type="checkbox"/> جهاز/نظام الأمن	<input type="checkbox"/> جنازة/دفن	<input type="checkbox"/> الانتقال/التخزين	<input type="checkbox"/> المحكمة
<input type="checkbox"/> الاستشارة	<input type="checkbox"/> ممتلكات شخصية أساسية		
<input type="checkbox"/> غير ذلك (الرجاء التفسير):			

6. الرجاء إدراج كل الممتلكات الشخصية مثل النقود أو النظارات أو الملابس التي ينبغي استبدالها جراء هذه الجريمة. (في حال لم يكن أي منها، الرجاء الانتقال إلى رقم 7)

الرجاء وصف الخسائر/التلفيات:	التكلفة	الرجاء وصف الخسائر/التلفيات:	التكلفة
1.	\$	3.	\$
2.	\$	4.	\$

7. الرجاء وضع علامة في المربعات لغير ذلك من المزايا أو التأمين لديك التي قد تساعد في دفع النفقات المرتبطة بهذه الجريمة:

<input type="checkbox"/> تأمين صحي خاص (غير صاحب عمل أو مدفوع ذاتياً)	<input type="checkbox"/> Child Health Plus	<input type="checkbox"/> SSDI/إعاقة	<input type="checkbox"/> تأمين المنزل/الموخر
<input type="checkbox"/> تأمين صحي ثانوي	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Worker's Comp	<input type="checkbox"/> Auto Insurance
<input type="checkbox"/> NYS Marketplace Health Insurance	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Veteran's Benefits	<input type="checkbox"/> لا شيء من ذلك
<input type="checkbox"/> NYS Essential Plan	<input type="checkbox"/> غير ذلك:		

8. هل يمتلك محامي خاص (وليس محامي المقاطعة)؟ نعم لا

في حال كانت الإجابة بنعم:

اسم المحامي	العنوان	رقم الهاتف #
-------------	---------	--------------

9. تفويض بالحديث مع ممثل.

في حال رغبت في تفويض أحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء أو غيرهم لمخاطبة OVS بخصوص مطالبتك، الرجاء إدخال ما يلي:

اسم الشخص	العنوان	رقم الهاتف #
-----------	---------	--------------

10. تفويض الضحية/المدعي

أقر أن قبولي لمنحة من OFFICE OF VICTIM SERVICES (OVS) (مكتب خدمات الضحايا) يخلق امتيازاً لصالح ولاية نيويورك على أي استرداد مرتبط بالجريمة التي تقوم عليها المطالبة هذه بما في ذلك أي حكم أو تسوية أو مدفوعات أو نفقات. أفوض أي مدير جناز أو محامي أو صاحب عمل أو الشرطة أو غير ذلك من السلطات العامة أو شركة التأمين أو أي شخص قدم خدمات إلى المذكور أعلاه أو لديه معرفة بذات الأمر أن يزود OVS أو ممثلي بالمعلومات التالية: سجلات تعويض العاملين أو المعلومات المرتبطة بالجريمة أو أي إصابات أو حالات وفاة نتجت عن الجريمة والمعلومات المرتبطة بهذه الجريمة. وفي حال صرف منحة ما، أفوض OVS بالدفع مباشرة إلى مقدم الخدمات. كما أفوض OVS بمشاركة بياناتي وسجلاتي التي جرى جمعها من أجل هذه المطالبة مع Victim Assistance Program (VAP) (برنامج مساعدة الضحايا) المحلي المدرج في المطالبة أو أي كيان حكومي محلي كائن في نيويورك بهدف إلى مساعدة ضحايا الجرائم حتى يتمكن VAP أو الكيان الحكومي المحلي من مساعدة OVS في معالجة مطالبتي واتخاذ قرارها وتنسيق الخدمات. في حال أدرجت محامي خاص في الطلب، أفوض OVS أيضاً لمشاركة بياناتي وسجلاتي التي جرى جمعها من أجل المطالبة مع المحامي لمتصرف بصفته ممثلي. أدرك أنه يلزم وجود اخطار منفصل بالحضور من المحامي إضافة إلى هذا التفويض. وفي حال إدراج أحد أفراد الأسرة أو الأصدقاء أو غيرهم في الطلب، فإنني أفوض OVS بمشاركة بياناتي وسجلاتي التي جرى جمعها من أجل هذه المطالبة مع ذلك الشخص حتى يتمكن من مساعدتي بخصوص المطالبة. أدرك أنه قد يتلقى OVS أمر استدعاء قضائي بخصوص السجلات المرتبطة بمطالبتي؛ وأنه قد يُطالب قانوناً بالامتثال إلى ذلك الأمر، وكذلك الأمر مع نسخ المراجعة بما فيها المعلومات التي يمكن الوقوف على الهوية من خلالها. أقر بصحة وتمام المعلومات المدرجة في هذا الطلب وفي كل المستندات التي قدمتها دعماً له. أدرك أن تقديم بيانات خاطئة ضمن الطلب أو أي مستندات خاطئة داعمة له أمر قد يُعاقب على أنه جريمة جنائية. أقر أن إكمال هذا الطلب لا يضمن حصولي على منحة. تتمتع صور هذا التفويض بذات فاعلية الأصل.

توقيع مقدم الطلب	التاريخ	رقم التواصل النهاري
------------------	---------	---------------------

البريد الإلكتروني:	لغة الحديث المفضلة:
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> الإنجليزية <input type="checkbox"/> الإسبانية <input type="checkbox"/> الصينية <input type="checkbox"/> العربية <input type="checkbox"/> الكريول الهايتي <input type="checkbox"/> الإيطالية <input type="checkbox"/> الكورية <input type="checkbox"/> الروسية <input type="checkbox"/> البنديشي <input type="checkbox"/> البنغالية <input type="checkbox"/> الفرنسية <input type="checkbox"/> الأوردو <input type="checkbox"/> غير ذلك

لمعالجة مطالبتك، الرجاء إرسال المستندات التالية إلى OVS. الرجاء الاحتفاظ بنسخة من سجلاتك.

- نموذج مطالبتك المكتمل المُوقَّع.
- كل الفواتير والإيصالات عن التكاليف المرتبطة بالبضائع والخدمات المُدرجة في القسمين رقم 5 و6 من نموذج المطالبة هذا.
- نموذج HIPAA مكتمل لكل مزود خدمات طبية وصحة عقلية زرته للحصول على خدمات مرتبطة بهذه الجريمة.
- الخطابات الواردة من أي شركات تأمين أو وكالات حكومية برفض مدفوعات مرتبطة بالبضائع والخدمات المُدرجة في القسمين رقم 5 و6 من نموذج المطالبة هذا أو اعتمادها.

الرجاء تذكّر: يجب تقديم فاتورة إلى شركة تأمينك أو خطة مزايك قبل أن يدفع OVS لك.

الرجاء إرسال مستنداتك بريدياً إلى: New York State Office of Victim Services (مكتب خدمات الضحايا بنيويورك)
AE Smith Building
80 S. Swan Street
Albany, NY 12210-8002

الرجاء إرسال مستنداتك إلكترونياً إلى: ovsintake@ovs.ny.gov



تفويض بالإفصاح عن المعلومات الصحية بموجب HIPAA
لقد اعتمدت New York State Department of Health (وزارة الصحة بنيويورك) هذا النموذج

اسم المريض	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد
عنوان المريض	XXX-XX-	

أطلب، أنا أو ممثلي المفوض، بالإفصاح عن بياناتي الصحية بخصوص رعايتي وعلاجي كما تقدم في هذا النموذج:

اتفاقاً مع قانون ولاية نيويورك وقانون Privacy Rule of the Health Insurance Portability and Accountability Act (قانون نقل التأمين الصحي والمسائلة) لعام 1996 (HIPAA)، أدرك أن:

1. قد يشمل هذا التفويض إفصاحاً عن البيانات المرتبطة بإدمان الكحوليات والمخدرات وعلاج الصحة العقلية وملاحظات العلاج النفسي والبيانات السرية المرتبطة بالإصابة بـ HIV* إلا في حال كتبت حروف إسمي الأولى أمام السطر المناسب في العنصر رقم 9(أ). وفي حال شمول البيانات الصحية الموصوفة أدناه لأي من أنواع البيانات تلك، ووضعت أحرف إسمي الأولى أمام السطر الكائن في العنصر رقم 9(أ)، فإنني أفوض الإفصاح عن تلك البيانات خصيصاً إلى الشخص (الأشخاص) المحددين في العنصر رقم 8.
2. وف حال فوضت الإفصاح عن بيانات ذات صلة بـ HIV أو العلاج من إدمان الكحوليات والمخدرات أو علاج الصحة العقلية، يحظر على متلقيها من إعادة الإفصاح عنها دون تفويضي ما لم يصرح القانون الفيدرالي أو قانون الولاية له بذلك. أدرك أن لدي الحق في طلب قائمة بالأفراد الذين قد يتلقون أو يستخدمون بيانات ذات صلة بـ HIV دون تفويض. وفي حال عانيت تفرقة بسبب كشف البيانات المرتبطة بـ HIV أو الإفصاح عنها، يجوز لي التواصل مع New York State Division of Human Rights (شعبة حقوق الإنسان بولاية نيويورك) على الرقم 480-2493 (212) أو New York City Commission of Human Rights (بعثة حقوق الإنسان في نيويورك) على الرقم 306-7450 (212). فتلك الوكالات مسؤولة عن حماية حقوقي.
3. لدي الحق في نقض هذا التفويض في أي وقت عبر مراسلة مقدم خدمات الرعاية الصحية المدرج أدناه. أدرك أن بإمكانني نقض هذا التفويض عدا ما قد يكون قد اتخذ بناء على هذا التفويض.
4. أدرك أن توقيع هذا النموذج أمر اختياري. لن يتوقف علاجي أو مدفوعاتي أو تسجيلي في خطط الرعاية الصحية أو أهليتي لتلقي الإعانات بتفويضي هذا الإفصاح.
5. يمكن إعادة الإفصاح عن البيانات المُفصح عنها بموجب هذا التفويض من قبل متلقيها (عدا ما هو مذكور في العنصر رقم 2)، ولن تظل إعادة الإفصاح هذه متمتعة بالقانون الفيدرالي أو قانون الولاية.
6. لا يمنحك هذا التفويض الحق في مناقشة أي بيانات صحية أو رعاية طبية مع أي شخص آخر غير المحامي أو الوكالة الحكومية المحددين في العنصر رقم 9(ب).

7. اسم مقدم الخدمات الصحية أو الكيان الصحي الذي سيتلقى تلك المعلومات وعنوانه:

8. اسم الفرد (الأفراد) أو فئة الأفراد الذين سترسل إليهم تلك المعلومات وعنوانهم:

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

9(أ). معلومات محددة سيجري الإفصاح عنها:

- السجل الطبي بدءاً من (إدخال تاريخ) وحتى (إدخال تاريخ)
- السجل الطبي كله بما في ذلك سجلات المرضى والملاحظات المكتوبة (عدا ملاحظات العلاج النفسي) ونتائج الفحوصات والدراسات الإشعاعية والأفلام والإحالات والاستشارات وسجلات الفوترة وسجلات التأمين والسجلات المرسله إليك من قبل مقدمي خدمات رعاية صحية آخرين.
- غير ذلك: _____ بما فيها: (إشارة بالأحرف الأولى)

الكحوليات/العلاج بالمخدرات

بيانات الصحة العقلية

بيانات مرتبطة بـ HIV

تفويض بنقاش البيانات الصحية

(ب) ، عبر توقيعني بالأحرف الأولى هنا

اسم مقدم خدمات الصحة الفردي

الأحرف الأولى

لنقاش بياناتي الصحية مع المحامي أو أحد الوكالات الحكومية المدرجة أدناه:

New York State Office of Victim Services

(مكتب خدمات الضحايا بنيويورك)

(اسم المحامي/الشركة أو الوكالة الحكومية)

10. سبب الإفصاح عن المعلومات:

يطلب من الفرد لأغراض التأهل للحصول على إعانات New York State Office of Victim Services (مكتب خدمات الضحايا بنيويورك).

11. تاريخ أو حدث انتهاء سريان هذا التفويض: سينتهي سريان هذا التفويض بمجرد إنهاء تأهل الفرد لتلقي إعانات OFFICE OF VICTIM SERVICES (مكتب خدمات الضحايا).

12. لو لم يكن المريض، فاسم الشخص الذي وقع النموذج:

13. تفويض بالتوقيع نيابة عن المريض:

كل العناصر المدرجة في هذا النموذج قد اكتملت، كما أُجيب كل استفساراتي عنها. إضافة إلى ذلك، حصلت على نسخة من النموذج.

التاريخ: _____

توقيع المريض/أو الممثل المفوض قانوناً.

* فيروس نقص المناعة البشري السبب للإيدز (AIDS) إن قانون الصحة العامة بولاية نيويورك (The New York State Public Health Law) يحمي المعلومات التي قد تُفصح عن هوية الفرد كالمعامنة من أعراض HIV أو العدوى وغير ذلك من المعلومات التي ترتبط بسبب التواصل مع الفرد.