

受害者赔偿补助项目简表

索偿 # _____

受害者信息
姓名 _____ 出生日期 ____/____/____ 社安号码 # _____
地址 _____ 城市 _____
州 _____ 邮编 _____
郡 _____ 白天电话号码 _____ 电邮 _____

索偿者信息 如果受害者是索偿者，请在此处打钩： 索偿者必须是18岁或以上。
姓名 _____ 出生日期 ____/____/____ 社安号码 # _____
地址 _____ 城市 _____
州 _____ 邮编 _____
郡 _____ 白天电话号码 _____ 电邮 _____ 与受害者关系 _____

犯罪信息
犯罪日期 ____/____/____ 向警方或PFA报告的日期 ____/____/____
是否在工作时所发生的？ 是 不是
伤情是由机动车造成的吗？ 是 不是 犯罪地点（街道名称和号码） _____
城市 _____ 州 _____ 郡 _____
警务部门 _____ 报警号码 _____
罪犯人 _____
请对所遭受犯罪和伤害进行简要描述： _____

请填写有关您正在申请的福利的部分，并提供您目前可以提供的尽可能多的所需文件。一旦收到索偿，本项目可能会要求提供更多信息。

福利：医疗/咨询费用
您是否产生了医疗费用？ 是 否 您是否产生了咨询费用？ 是 否
您是否有保险来支付您的医疗/咨询费用？ 是 否
如果适用的话，请提供详细的医疗或咨询账单和保险福利结单。

福利：丧葬费/失去支持
您是否产生了丧葬费？ 是 否
您是否因死亡而收到任何款项？（人寿保险、社会保障死亡抚恤金） 是 否 您或其他人是否在经济上依赖已故受害者？ 是 否
请提供葬礼详细账单/收据的副本以及收到的任何福利的结单。

福利：失去收入
您错过工作的日期 ____/____/____
雇主名称和地址： _____
可以证明您因犯罪而错过工作的医生的姓名和地址 _____

福利：被盗现金
被盗了多少钱？ \$ _____
如要申请被盗现金补偿的话，以下福利之一必须是您主要收入来源。请在所有适用的选项上打钩。
 社会保障退休金 退休金/养老金 残疾收入 法院下令儿童抚养费/配偶支持费用
您有买房主/租房者保险吗？ 是 否 您是否需要提交IRS纳税申报表？ 是 否
请提供犯罪月份/年份的月度福利结单副本、保险申报页和最近的纳税申报表（如果适用的话）。

福利：搬迁、犯罪现场清理、交通费用
您是否因犯罪而必须搬迁？ 是 否 您是否产生了犯罪现场清理费用？ 是 否
您是否产生了交通费用？ 是 否

由他人代表
您是否有律师代理此案： 在提出此索偿要求时是否有代表？ 是 否 在民事诉讼中？
 是 否 在保险诉讼中？ 是 不是

受害者服务项目信息
如需协助提交您的索偿，请致电此处列出的机构。如果未列出任何机构，请致电 800-233-2339 寻求帮助。

确认和报销协议以及获取信息的授权**在核实和处理索赔之前，必须签署确认和报销协议以及获取信息的授权。**

确认和补偿协议：批准本人索赔的决定是该计划的决定。本人可在决定作出之日起30天内，以书面形式反对该计划的全部或部分决定。本人必须证明本人损失的确切数额，该计划才会考虑从犯罪受害者赔偿基金中给予赔偿。本人随后可以申请补偿任何与犯罪有关的其他费用。如果本人不与执法机构、法院和计划充分合作，或与计划保持有效地址，本人的索赔可能会被驳回。根据《美国法典》第18编第11.1303章“犯罪被害人法”的规定，提出虚假索赔的将构成刑事犯罪。根据《美国法典》第18编第4904章“未经宣誓的伪造”的规定，在本索赔表中作虚假陈述、意图误导项目的，将构成刑事犯罪。根据《美国法典》第18编第3922章“欺骗偷盗”的规定，做出虚假陈述以获得赔偿的则构成刑事犯罪。

据本人所知，犯罪受害者赔偿基金是最后的付款人。本人特别同意告知计划并向联邦偿还本人根据犯罪和赔偿的范围，可能从任何其他来源收到的任何尚未考虑的资金。也就是说，本人同意偿还本人从犯罪者或任何其他个人或来源收到的任何补偿本人所受到伤害的资金，包括保险单的收益，以及与本索赔依据所犯罪有关的民事诉讼的任何裁决或和解产生的金额。本人进一步同意，如果索赔在任何时候被确定为错误的、虚假的或欺诈性的，本人将退还计划其支付的所有款项。

获取信息的授权：本人特此授权任何丧葬承办人或提供相关服务的其他人、受害者或索赔人的任何雇主、任何警察或政府机构，包括州或联邦税务当局、任何保险公司或任何了解有相关情况的组织，向受害者补偿补助计划受害者服务办公室提供他们所掌握的与作为本索赔依据的犯罪有关的任何和所有信息。

索偿者签名_____
日期**健康保险可携性和责任法案协议****如果申请医疗或咨询费用，则必须在开始索偿验证过程前签署此确认书。**

本人特此授权，根据《健康保险可携性和责任法案》（HIPAA），《美国法典》第42篇第1320d章等中的隐私条例，任何医院、医生、健康护理提供者或为（受害者姓名）提供治疗的其他人，向受害者补偿补助计划受害者服务办公室提供他们所掌握的与作为本索赔依据的犯罪有关的任何和所有信息。本授权书的副本可以代替原件。****本人知悉，本人可随时向受害者补偿援助计划受害者服务办公室提交一份注明日期的书面请求，以撤销本授权。此外，本授权书自本人在下面签字之日起5年后到期，或自本索赔结束之日起到期，以较早的日期为准。**

索偿者签名_____
日期**受害者统计信息****完成本部分严格来说是可选的。
以下信息仅用于统计目的。**

种族/族裔： 白种人 黑人/非裔美国人 西班牙裔/拉丁裔 美国印第安裔/阿拉斯加原住民
 亚裔 夏威夷原住民/其他太平洋岛民 其他族裔 混合族裔

性别：_____ 主要语言：_____

您是如何得知本项目的： 医院 检察官 宣传册 警察 网站/应用
 受害者服务项目 其他 _____

邮寄地址

PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

街道地址

3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

电话和传真号码

800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (传真)

电邮

ra-davesupport@pa.gov

网址：

www.pcd.pccd.pa.gov

在网上提交

<https://www.dave.pa.gov>