

Angaben zum Opfer			
Vor- und Nachname.....	Geburtsdatum.../.../.....	Sozialversicherung #.....	
Anschrift.....	Ort.....	Bundesland.....	PLZ.....
Land.....	Tel. tagsüber.....	E-Mail.....	
Angaben zum Antragsteller Wenn das Opfer der Antragsteller ist, kreuzen Sie hier an: <input type="checkbox"/> Der Antragsteller muss wenigstens 18 Jahre alt sein.			
Vor- und Nachname.....	Geburtsdatum.../.../.....	Sozialversicherung #.....	
Anschrift.....	Ort.....	Bundesland.....	PLZ.....
Land.....	Tel. tagsüber.....	E-Mail.....	
Beziehung zum Opfer			
Angaben zum Verbrechen			
Datum des Verbrechens.../.../.....	Datum gemeldet an die Polizei oder Polizei Bundesagent.../.../.....		
Ist es am Arbeitsplatz passiert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wurden die Verletzungen durch ein Motorfahrzeug verursacht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Ort des Verbrechens (Straße und Hausnummer).....			
Ort.....	Bundesland.....	Land.....	
Polizeidienststelle.....	Polizeiliche Vorgangsnummer.....		
Person(en), die das Verbrechen begangen hat/haben.....			
Das Verbrechen und die Verletzungen kurz beschreiben:.....			
Bitte füllen Sie den/die Abschnitt(e) für die Entschädigung, für die Sie einen Antrag stellen, aus und stellen Sie so viele der angeforderten Dokumente zur Verfügung, wie Sie zu diesem Zeitpunkt können. Das Programm kann zusätzliche Informationen anfordern, sobald der Antrag eingegangen ist			
Entschädigung: Medizinische-/Beratungskosten			
Sind Ihnen medizinische Kosten entstanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Sind Ihnen Beratungskosten entstanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Haben Sie eine Versicherung, die Ihre medizinischen/Beratungskosten abdeckt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
<i>Legen Sie aufgeschlüsselte Rechnungen von Ärzten oder Beratungsstellen und ggf. Leistungsnachweise von Versicherungen vor.</i>			
Entschädigung: Beerdigungskosten/ Verlust von Unterstützung			
Sind Ihnen Beerdigungskosten entstanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Haben Sie aufgrund des Todesfalls Gelder erhalten? (Lebensversicherung, Sozialversicherungs-Todesfallleistung) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Waren Sie oder andere Personen finanziell von dem verstorbenen Opfer abhängig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
<i>Legen Sie Kopien der aufgeschlüsselten Beerdigungsrechnungen/Quittungen und Aufstellungen über erhaltene Leistungen vor.</i>			
Entschädigung: Verdienstausschlag			
Daten, an denen Sie die Arbeit versäumt haben.../.../.....			
Name und Adresse des Arbeitgebers:.....			
Name und Adresse eines Arztes, der bestätigen kann, dass Sie wegen des Verbrechens nicht gearbeitet haben.....			
Entschädigung: Gestohlenen Bargeld			
Gestohlener Geldbetrag? \$.....			
Eine der folgenden Leistungen muss Ihre Haupteinkommensquelle sein, um gestohlenen Bargeld zu beantragen. Kreuzen Sie alle zutreffenden an.			
<input type="checkbox"/> Sozialversicherungsrente	<input type="checkbox"/> Ruhestand/Rente	<input type="checkbox"/> Invalidität	<input type="checkbox"/> gerichtlich angeordneter Kinder-/Ehegattenunterhalt
Haben Sie eine Hausrat-/Mieterschutzversicherung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Sind Sie verpflichtet, eine Bundessteuerbehörde-Steuererklärung abzugeben? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<i>Legen Sie Kopien Ihrer monatlichen Leistungsabrechnung für den Monat/das Jahr des Verbrechens, die Seite mit der Versicherungserklärung und die letzten Steuererklärungen falls zutreffend vor.</i>			
Entschädigung: Umzugskosten, Tatortreinigung, Transportkosten			
Haben Sie aufgrund des Verbrechens umziehen müssen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Sind Ihnen Kosten für die Tatortreinigung entstanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Sind Ihnen Transportkosten entstanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Vertretung durch Dritte			
Sind Sie in dieser Angelegenheit durch einen Anwalt vertreten:		Bei der Einreichung dieses Entschädigungsantrags? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
In einem zivilrechtlichen Verfahren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		In einer Versicherungsklage? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Informationen zum Opfer-Service-Programm			
Wenn Sie Hilfe bei der Einreichung Ihres Anspruchs benötigen, rufen Sie bitte die hier aufgeführte Stelle an. Wenn keine Stelle aufgeführt ist, rufen Sie bitte 800- 233-2339 an.			

Anerkennungs- und Erstattungsvereinbarungen und Ermächtigung zur Einholung von Informationen	Die Anerkennungs- und Erstattungsvereinbarung sowie die Ermächtigung zur Einholung von Informationen müssen unterzeichnet werden, bevor ein Anspruch geprüft und zur Zahlung bearbeitet werden kann.
---	--

Die Anerkennungs- und Erstattungsvereinbarung: Die Entscheidung, meinen Anspruch zu genehmigen, liegt beim Programm. Ich kann gegen die Entscheidung des Programms innerhalb von 30 Tagen ab dem Datum der Entscheidung in vollem Umfang oder teilweise schriftlich Einspruch erheben. Ich muss den genauen Betrag meiner Ausgaben nachweisen, bevor das Programm die Gewährung einer Entschädigung aus dem Entschädigungsfonds für Opfer von Straftaten in Betracht zieht. Ich kann zu einem späteren Zeitpunkt die Erstattung zusätzlicher Kosten beantragen, die im Zusammenhang mit dem Verbrechen entstanden sind. Mein Anspruch kann abgelehnt werden, wenn ich nicht vollständig mit den Strafverfolgungsbehörden, den Gerichten und dem Programm kooperiere oder keine gültige Adresse beim Programm hinterlege. Falsche Angaben in diesem Antragsformular stellen eine Straftat gemäß 18 P.S. § 11.1303 des Verbrechenopfergesetzes dar. Die Abgabe einer falschen Erklärung in diesem Antragsformular in der Absicht, das Programm in die Irre zu führen, wäre eine Straftat gemäß 18 Pa. C.S. § 4904, Uneidliche Fälschung. Die Abgabe einer falschen Erklärung, darauf das Programm sich zur Gewährung einer Entschädigung heranzieht, ist eine Straftat gemäß 18 Pa.C.S. § 3922, Diebstahl durch Betrug.

Mir ist bekannt, dass der Entschädigungsfonds für Opfer von Straftaten die letzte Instanz für die Zahlung ist. Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, das Programm über alle Gelder zu informieren und diese an den Commonwealth zurückzuzahlen, die ich als Folge der Straftat und in Höhe des zugesprochenen Betrags von einer anderen Quelle erhalte, die nicht bereits berücksichtigt wurde. Das heißt, ich erkläre mich damit einverstanden, alle Gelder zurückzuzahlen, die ich vom Täter oder einer anderen Person oder Quelle erhalte, die mich für die erlittene Verletzung entschädigen, einschließlich der Erlöse aus einer Versicherungspolice, sowie alle Preise oder Vergleiche aus einem zivilrechtlichen Verfahren, die aus der Straftat stammen, die die Grundlage für diesen Anspruch ist. Ich erkläre mich ferner damit einverstanden, dass ich dem Programm alle vom Programm gezahlten Beträge zurückerstatte, wenn der Anspruch zu irgendeinem Zeitpunkt sich als irrtümlich, falsch oder betrügerisch erweist.

Ermächtigung zur Einholung von Informationen: Ich ermächtige hiermit jeden Bestatter oder eine andere Person, die damit zusammenhängende Dienstleistungen erbracht hat, jeden Arbeitgeber des Opfers oder Antragstellers, jede Polizei- oder Regierungsbehörde, einschließlich staatlicher oder bundesstaatlicher Steuerbehörden, jeder Versicherungsgesellschaft oder Organisation, die über einschlägige Kenntnisse verfügt, dem Büro für Opferdienste, dem Unterstützungsprogramm für Entschädigung der Opfer, alle in ihrem Besitz befindlichen Informationen in Bezug auf das Verbrechen, das die Grundlage für diesen Antrag bildet, zur Verfügung zu stellen

.....
Unterschrift des Antragstellers

.....
Datum

HIPAA-Ermächtigung und Freigabevereinbarung	Wenn Sie einen Antrag auf medizinische oder Beratungskosten stellen, muss diese Anerkennung unterschrieben werden, bevor der Verifizierungsprozess des Anspruchs beginnen kann.
--	--

Ich ermächtige hiermit, in Übereinstimmung mit den Datenschutzbestimmungen des HIPAA (US-Gesetz über die Übertragbarkeit und Nachweispflicht von Krankenversicherungen), 42 U.S.C. § 1320d, et seq.), jedes Krankenhaus, jeden Arzt, Gesundheitsdienstleister oder jede andere Person, die.....(Name des Opfers in Druckschrift) besucht, untersucht oder behandelt hat, dazu zu ermächtigen, dem Büro für Opferdienste, Unterstützungsprogramm für Entschädigung der Opfer, alle in ihrem Besitz befindlichen Informationen in Bezug auf die Straftat, die die Grundlage für diesen Anspruch bildet, zur Verfügung zu stellen. Kopien dieser Ermächtigung können anstelle des Originals verwendet werden. **Mir ist bekannt, dass ich diese Ermächtigung jederzeit widerrufen kann, indem ich dem Büro für Opferdienste und dem Unterstützungsprogramm für Entschädigung der Opfer, einen schriftlichen, datierten Antrag dazu vorlege. Darüber hinaus erlischt diese Ermächtigung 5 Jahre nach dem Datum meiner Unterschrift unten oder an dem Tag, an dem dieser Anspruch abgeschlossen wird, je nachdem, was früher eintritt.

.....
Unterschrift des Antragstellers

.....
Datum

Statistische Angaben zum Opfer	Das Ausfüllen dieses Abschnitts ist absolut freiwillig. Die folgenden Informationen werden ausschließlich zu statistischen Zwecken verwendet.
---------------------------------------	--

Rasse/Ethnizität: Weiß Schwarz/Afroamerikaner Hispano/Latino Amerikanischer Indianer/Ureinwohner Alaskas
 Asiatisch Ureinwohner Hawaiis/andere pazifische Insulaner Andere Rasse Mehrere Rassen

Geschlecht: _____ **Primäre Sprache:** _____

Wie haben Sie vom Programm erfahren: Krankenhaus Staatsanwaltschaft Broschüre Polizei Webseite/App
 Opfer-Service-Programm Sonstige _____

Postanschrift	Anschrift	Telefon- und Faxnummern
----------------------	------------------	--------------------------------

Postfach 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

3101 North Front Str.
Harrisburg, PA 17110

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

E-Mail
ra-davesupport@pa.gov

Webseite:
www.pcv.pccd.pa.gov

Online einreichen unter <https://www.dave.pa.gov>