

피해자 보상 지원 프로그램 약식 신청서 청구

피해자 정보

성명 _____ 생년월일 ____/____/____ 사회 보장 번호 _____
주소 _____ 시 _____ 주 _____ 우편 번호 _____
카운티 _____ 주간 전화번호 _____ 이메일 _____

청구인 정보 피해자가 청구인인 경우, 이 곳에 표시: 청구인은 18 세 이상이어야 합니다.

성명 _____ 생년월일 ____/____/____ 사회 보장 번호 _____
주소 _____ 시 _____ 주 _____ 우편 번호 _____
카운티 _____ 주간 전화번호 _____ 이메일 _____

피해자와의 관계 _____

범죄 정보

범죄 발생 일자 ____/____/____ 경찰 혹은 PFA 에 신고된 날짜 ____/____/____
직장에서 발생하였습니까? 예 아니오 차량에 의해 다친 사람들이 있었습니까? 예 아니오
범죄 발생 장소 (도로 이름과 번호) _____
시 _____ 주 _____ 카운티 _____
담당 경찰서 _____ 경찰 사건 번호 _____
범죄를 저지른 사람(들) _____
범죄 내용과 피해자가 입은 부상을 간략하게 설명하십시오: _____

귀하가 신청하고자 하는 보상 내용에 해당되는 부분을 작성하시고 현재 시점에서 제출할 수 있는 가능한 많은 요청 서류를 제출하십시오. 보상 청구가 접수되면 본 프로그램에서 추가적인 서류를 요청할 수 있습니다.

보상 내용: 의료/상담 비용

의료 비용을 지출하였습니까? 예 아니오 상담 비용을 지출하였습니까? 예 아니오
본인의 의료/상담 비용을 보장해주는 보험이 있습니까? 예 아니오
해당되는 경우, 항목별 의료 또는 상담 비용 청구서 및 보험금 지급 명세서를 제공하십시오.

보상 내용: 장례 비용/지원 상실

장례 비용을 지출하였습니까? 예 아니오
사망으로 인해 수령한 금액이 있습니까? (생명 보험, 사회 보장 사망 보험금) 예 아니오
귀하나 다른 사람이 사망한 희생자에게 재정적으로 의존했습니까? 예 아니오
항목별 장례식 청구서/영수증 및 수령한 보험금 명세서의 사본을 제공하십시오.

보상 내용: 수입 상실

회사를 결근한 일자 ____/____/____
고용주 이름과 주소: _____
범죄로 인하여 회사를 결근하였음을 확인할 수 있는 의사의 이름과 주소 _____

보상 내용: 현금 도난

도난당한 현금의 액수? \$ _____
현금 도난에 대한 보상 청구는 아래 사항이 귀하의 주 수입원인 경우에 가능합니다. 해당되는 사항에 모두 표시하십시오.
 사회 보장 보험금 퇴직/연금 장애 법원 판결에 의한 자녀/배우자 지원
임대인/임차인 보험이 있습니까? 예 아니오 미국 국세청(IRS)에 세금 신고를 해야 합니까? 예 아니오
해당되는 경우, 범죄가 발생한 월/년의 월별 보험금 명세서 사본, 보험 신고 문서 사본 그리고 가장 최근의 세금 신고서 사본을 제출하십시오.

보상 내용: 이사, 범죄 현장 청소, 교통비

범죄로 인해 이사해야 했습니까? 예 아니오
범죄 현장을 청소하는데 비용을 지출하였습니까? 예 아니오
교통비를 지출하였습니까? 예 아니오

대리인 선임 여부

귀하는 본 사건에서 다음을 위하여 변호사를 선임하였습니까: 보상금 청구서 제출 예 아니오
민사 소송 예 아니오 보험 조치? 예 아니오

피해자 서비스 프로그램 정보

청구서 제출에 도움이 필요한 경우, 이곳에 적힌 기관에 연락하십시오. 아무 기관도 적혀있지 않은 경우, (800) 233-2339 에 연락하여 도움을 요청할 수 있습니다.

확인 & 환급 동의 및 정보 취득 허가	확인 및 환급 동의와 정보 취득 허가는 보상 청구가 검증 및 처리되기 전에 서명되어야 합니다.
--------------------------------------	---

확인 및 환급 동의: 본인의 보상 청구에 대한 결정은 본 프로그램에서 결정합니다. 본인은 결정일로부터 30 일 이내에 본 프로그램의 결정의 전체 또는 일부를 대상으로 서면으로 이의를 제기할 수 있습니다. 본인은 본 프로그램이 범죄 피해자 보상 기금에서 보상 금액을 산정하기 전에 본인의 피해에 대한 정확한 금액을 증명해야 합니다. 본인은 해당 범죄와 관련하여 발생한 추가적인 비용에 대한 환급을 추후에 청구할 수 있습니다. 본인이 법 집행 기관, 법원 및 본 프로그램에 완전히 협조하지 않거나, 본 프로그램에 연락 가능한 주소지를 유지하지 않을 경우, 본인의 청구는 기각될 수 있습니다. 거짓 청구를 하는 것은 범죄 피해자 법의 18 P.S § 11.1303에 의해 형사 범죄로 처리됩니다. 본 프로그램을 기만하려는 의도로 본 청구 양식에 거짓 진술을 하는 것은 18 Pa. C.S. § 4904, 선서하지 않은 위증에 의해 형사 범죄로 처리됩니다. 보상 지급을 위해 본 프로그램이 필요로 하는 내용에 대해 거짓 진술을 하는 것은 18 Pa. C.S. § 3922, 기만에 의한 절도에 의해 형사 범죄로 처리됩니다.

본인은 피해자 보상 지원 프로그램이 최후 수단의 범죄 피해 보상 방법임을 이해합니다. 특히 본인은 범죄의 결과와 보상의 범위에서 이미 고려되지 않았던 어떠한 출처로부터 받은 어떠한 자금이라도 본 프로그램에 통지하고 주 정부에 상환하는 것에 동의합니다. 즉, 본 청구의 기초가 되는 범죄로부터 파생한 보험지급금과 민사 소송을 통한 보상금이나 합의금을 포함하여 본인이 입은 부상에 대한 보상으로, 가해자 또는 다른 사람이나 출처에서 받는 자금을 상환하는 것에 동의합니다. 본인은 또한 언제든지 본 청구가 오류, 거짓 또는 사기로 판단되면 본 프로그램이 지불한 모든 금액을 환불하는 것에 동의합니다.

정보 취득 허가: 본인은 여기에 장의사 혹은 관련 서비스를 제공하는 자, 피해자 혹은 청구인의 고용주, 경찰이나 주 혹은 연방 세금 당국을 포함한 정부 기관, 보험 회사, 혹은 관련 지식을 가진 기관이 피해자 서비스 사무소, 피해자 보상 지원 프로그램에 본 청구의 기초가 되는 범죄와 관련해 소유한 모든 정보를 제공하는 것을 승인합니다.

청구인 서명 _____
일자

HIPAA 승인 및 공개 동의	의료 또는 상담 비용을 신청하는 경우, 본 확인인 보상 청구 검증이 시작되기 이전에 서명되어야 합니다.
-------------------------	--

HIPAA (건강보험이동성과 결과보고책무활동, 42 U.S.C. § 1320D, 이하 참조)의 개인 정보 보호 규정에 따라, 본인은 여기에 병원, 의사, 의료 관리 제공자 혹은 _____(피해자 이름 기입)을/를 진료하고, 검사하고 치료를 제공한 어떠한 개인이 피해자 서비스 사무소, 피해자 보상 지원 프로그램에 본 청구의 기초가 되는 범죄와 관련해 소유한 모든 정보를 제공하는 것을 승인합니다. 본 승인서 사본은 원본 대신 사용될 수 있습니다. **본인은 날짜가 기입된 서면 작성된 요청서를 피해자 서비스 사무소, 피해자 보상 지원 프로그램에 제출함으로써 본 승인을 언제든지 철회할 수 있음을 이해하였습니다. 또한 본 승인은 아래 서명된 날짜로부터 5년 후 또는 본 청구가 종료된 시점 중 먼저 도달한 시기에 시효가 만료됩니다.

청구인 서명 _____
일자

피해자 통계 정보	본 항목의 작성은 절대적으로 선택 사항입니다. 다음의 정보는 통계적 목적으로만 사용됩니다.
------------------	---

인종/민족: 백인 흑인/아프리카 계 미국인 히스패닉/라틴계 미국 인디언/알래스카 원주민
 아시아인 하와이 원주민/기타 태평양 섬 원주민 기타 인종 다인종

성별: _____ **주 사용 언어:** _____

본 프로그램을 어떻게 알게 되었습니까: 병원 검사 안내 책자 경찰 홈페이지/앱
 피해자 서비스 프로그램 기타 _____

우편 주소 PO Box 1167 Harrisburg, PA 17108-1167	거리 주소 3101 North Front Street Harrisburg, PA 17110	전화 및 팩스 번호 800-233-2339 717-783-5153 717-787-4306 (팩스)
이메일 ra-davesupport@pa.gov	홈페이지: www.pcv.pccd.pa.gov	온라인 신청 https://www.dave.pa.gov