

성폭력 상담 청구 양식

본 양식을 작성 후 우편, 이메일 또는 팩스로 보내주십시오:

피해자 보상 지원 프로그램 (VCAP)

P.O. Box 1167

Harrisburg PA 17108-1167

(800) 233-2339 또는 (717) 783-5153

팩스 (717) 787-4306

이메일: ra-davesupport@pa.gov

항목 1 피해자 정보

피해자 성명 _____ 생년월일 _____ 사회 보장 # _____

주소 _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

전화번호 _____ 이메일 _____

의료 보험이 있습니까? 예 _____ 아니오 _____

상담 비용에 의료 보험이 적용되었습니까? 예 _____ 아니오 _____

성폭력의 결과로 다른 출처에서 금전적인 보상을 신청하거나 받은 적이 있습니까(예: 민사 합의, 배상, 기타)? 예 _____
아니오 _____

피해자가 현재 18세 미만인 경우 피해자의 부모/보호자 또는 상담 비용에 대한 재정적 책임이 있는 개인은 아래 항목을 작성하고 두 번째 페이지에 청구인으로 서명해야 합니다.

청구인 성명 _____ 생년월일 _____ 사회 보장 # _____

주소 _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

전화번호 _____ 이메일 _____ 피해자와의 관계 _____

항목 2 범죄 정보

성폭력 피해자는 성폭력 상담 청구 절차에 따라 상담 비용을 보상받기 위해 범죄를 신고하거나 경찰 또는 검찰에 이야기할 필요가 없습니다. 다음 질문은 귀하가 받을 수 있는 혜택 수준을 결정하는 데 도움이 됩니다.

성폭력이 발생한 대략적인 날짜 _____ (월/일/년)

범죄 발생 장소: 카운티: _____ 주: 펜실베이니아

경찰 또는 검찰에 해당 범죄를 신고한 경우 추가 혜택을 받을 수 있습니다. 범죄가 당국(경찰, 지방 검사, 아동 보호 서비스)에 보고되었습니까? 예 _____ 아니오 _____ 이러한 혜택에 대해 더 알고 싶으십니까? 예 _____ 아니오 _____ 예라고 표시한 경우 본 프로그램의 직원이 이러한 혜택에 대한 적격성에 대해 자세히 논의하기 위해 귀하에게 연락할 것입니다.

항목 3 상담 제공자 정보 2019년 11월 26일 또는 그 이후에 제공된 서비스의 경우.

항목별 상담 청구서 및 보험 혜택 명세서(해당되는 경우) 사본이 있는 경우 본 청구 양식과 함께 제출하십시오. 사본이 없는 경우 아래 표시된 상담 제공자에게 요청할 것입니다.

상담 제공자 성명 _____

주소 _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

전화번호 _____ 이메일 _____ 팩스번호 _____

성폭력 상담 청구 양식

이 법은 구체적으로 의료 제공자에게 지불해야 하는 상담 비용에 대해서만 금액을 지불할 수 있다고 명시하고 있습니다(예: 정신과 의사, 심리학자, 면허가 있는 전문 상담가 또는 면허가 있는 사회 복지사가 제공하는 정신 건강 치료). 이는 2019년 11월 26일 이후의 서비스 날짜에만 적용됩니다.

항목 4 통계 정보

다음 정보는 통계 목적으로만 사용됩니다. 이 항목에 대한 정보 제출은 전적으로 자발적입니다.

가해자 유형: 성직자 _____ 가족 _____ 낯선 사람 _____ 교사 _____ 코치 _____ 그룹 리더 _____
의료 제공자 _____ 간병인 _____ 친밀한 파트너 _____ 기타 _____

이전에 피해자 보상 지원 프로그램에 청구서를 제출한 적이 있습니까? 예 _____ 아니오 _____
예라고 답한 경우, 청구 번호를 제출해 주십시오(알고 있는 경우): _____

항목 5 서명 필요

인지 및 상환 동의

청구 검토 절차가 시작되기 전에 승인 및 상환 동의에 서명해야 합니다.

아래의 본인 서명은 다음 진술 또는 법률의 각 사항을 이해한다는 것을 의미합니다.

청구와 관련하여 고의 또는 의도적으로 허위 또는 위조된 정보를 제출하거나 제출하도록 초대된 피해자 또는 청구인은 혜택이 거부될 수 있으며 펜실베이니아 주법에 따라 적절한 형사 처벌을 받을 수 있습니다.

본인은 범죄 피해자 보상 기금이 최후의 수단임을 이해합니다. 본인은 범죄의 결과 및 보상 범위 내에서 아직 고려되지 않은 다른 출처로부터 받을 수 있는 자금을 본 프로그램에 알리고 펜실베이니아주에 상환하는 데 구체적으로 동의합니다. 즉, 본인은 고통 및 피해에 대한 보상을 포함하여 본인이 겪은 부상에 대한 보상으로 가해자, 제 3자 또는 다른 출처로부터 받는 모든 금액을 상환하는 데 동의합니다. 또한 청구가 오류, 허위 또는 사기라고 판단되는 경우 본 프로그램에서 지불한 모든 금액을 본 프로그램에 상환하는 데 동의합니다.

X _____

청구인 서명

날짜

HIPAA 승인 및 공개 동의

청구 검토 절차가 시작되기 전에 본 승인에 서명해야 합니다.

본인은 HIPAA(Health Insurance Portability and Accountability Act, 42 U.S.C. § 1320d, et seq.)에 따른 개인정보 보호 규정에 따라 _____ (피해자 이름 기입)에 참석, 검사 또는 치료를 제공한 병원, 의사, 의료 제공자 또는 기타 사람이 피해자 서비스 사무국, 피해자 보상 지원 프로그램에 본 청구의 근거가 되는 범죄와 관련하여 그들이 소유한 모든 정보를 제공하도록 승인합니다. 본 승인의 사본을 원본 대신 사용할 수 있습니다. **본인은 피해자 서비스 사무국, 피해자 보상 지원 프로그램에 날짜를 기재한 서면 요청을 제공함으로써 언제든지 이 승인을 취소할 수 있음을 이해합니다. 또한 본 승인은 아래에 서명한 날짜 또는 본 청구가 종료된 날짜 중 더 빠른 날짜로부터 5년 후에 만료됩니다.

X _____

청구인 서명

날짜

피해자 보상 지원 프로그램 (VCAP)

P.O. Box 1167

Harrisburg PA 17108-1167

(800) 233-2339 또는 (717) 783-5153

팩스 (717) 787-4306

이메일: ra-davesupport@pa.gov