

**Информация о жертве**

ФИО \_\_\_\_\_ Дата рождения / / \_\_\_\_\_ № соц. страх. \_\_\_\_\_  
 Адрес \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_  
 Округ \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_ Эл. адрес \_\_\_\_\_

**Информация о заявителе** Если жертва не является заявителем, отметьте здесь:  Заявитель должен быть старше 18 лет .

ФИО \_\_\_\_\_ Дата рождения / / \_\_\_\_\_ № соц. страх. \_\_\_\_\_  
 Адрес \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_  
 Округ \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_ Эл. адрес \_\_\_\_\_  
 Отношения с жертвой \_\_\_\_\_

**Информация о преступлении**

Дата преступления \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Дата подачи заявления в полицию или выдачи ордера PFA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Преступление произошло на рабочем месте?  Да  Нет  
 Являлось ли причиной травмы столкновение с автомобилем?  Да  Нет  
 Место совершения преступления (улица, № дома) \_\_\_\_\_  
 Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Округ \_\_\_\_\_  
 Полицейский участок \_\_\_\_\_ Номер в реестре преступлений \_\_\_\_\_  
 Лицо(-а), совершившее(-ие) преступление \_\_\_\_\_  
 Краткое описание преступления и полученных травм: \_\_\_\_\_

**Заполните раздел(-ы), касающийся(-еся) компенсаций, на которые вы претендуете, и предоставьте как можно больше имеющихся у вас документов. Сотрудник Программы может запросить дополнительную информацию после получения заявления.**

**Компенсации: Медицинские расходы/расходы на услуги адвокатов**

Вы понесли медицинские расходы?  Да  Нет Вы понесли расходы на услуги адвоката?  Да  Нет  
 У вас имеется страховка на покрытие медицинских расходов/расходов на услуги адвоката?  Да  Нет  
*Предоставьте детализированные счета за медицинские услуги/услуги адвоката, а также квитанции о страховых выплатах (при наличии).*

**Компенсации: Расходы на похороны/расходы в связи с потерей материальной поддержки**

Вы понесли расходы на похороны?  Да  Нет  
 Вы получили какую-либо материальную компенсацию в связи со смертью? (страховка, социальные выплаты в связи со смертью)  Да  Нет  
 Являлись ли вы/другие члены домохозяйства иждивенцами усопшего(-ей)?  Да  Нет  
*Предоставьте детализированные счета/квитанции за похоронные расходы и квитанции о начислении любых пособий.*

**Компенсации: Расходы в связи с потерей источника дохода**

Дата увольнения \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Наименование и адрес работодателя: \_\_\_\_\_  
 Имя/адрес врача, который может подтвердить, что вы лишились работы из-за преступления \_\_\_\_\_

**Компенсация: Кража наличных средств**

Украденная сумма денег? \$ \_\_\_\_\_  
 Компенсация предоставляется в случае, если вашим основным средством существования является источник, указанный ниже (отметьте все, что применимо):  
 Социальное пособие  Пенсия  Пенсия по инвалидности  Алименты на содержание детей/супруга (-и), начисляемые по решению суда  
 Имеется ли у вас страховка домовладельца/арендатора  Да  Нет Обязаны ли вы подавать налоговые декларации в IRS?  Да  Нет  
*Предоставьте выписку о начислении ежемесячного пособия за месяц/год совершения преступления, страницу страховой декларации и последнюю поданную налоговую декларацию (если применимо).*

**Компенсация: Расходы на переезд/ Расходы на уборку места преступления / Транспортные расходы**

Вынуждены ли вы были переехать в связи с преступлением?  
 Да  Нет  
 Понесли ли вы расходы в связи с уборкой места преступления  
 Да  Нет  
 Понесли ли вы транспортные расходы?  
 Да  Нет

**Информация о представлении ваших интересов другими лицами**

Представляет ли ваши интересы адвокат при: Подаче данного заявления?  Да  Нет  
 В гражданском процессе?  Да  Нет Подаче страхового иска?  Да  Нет

**Информация о Программе помощи жертвам преступлений**

Если вам необходима помощь при подаче заявления, обратитесь в агентство по указанному здесь номеру телефона. При отсутствии каких-либо контактных данных в данном разделе, обратитесь на «горячую» линию: 800-233-2339

<b>Договор о согласии сторон и возмещении расходов и Разрешение на предоставление информации</b>	<b>Для обработки заявления и последующей выплаты компенсации необходимо подписать «Договор о согласии сторон и возмещении расходов» и «Разрешение на предоставление информации».</b>
--	--

**Договор о согласии сторон и возмещении расходов:** Я осознаю, что решение об утверждении моего заявления принимают уполномоченные сотрудники Программы. Я вправе письменно опротестовать вынесенное решение, как полностью, так и частично, в течение 30 дней с даты его утверждения. Чтобы мое заявление могло быть рассмотрено на предмет предоставления мне компенсации из Фонда компенсации жертвам преступлений, я обязан(-а) указать точную сумму понесенных убытков. В дальнейшем я могу подать заявление на возмещение любых дополнительных расходов, понесенных мною в связи с совершенным преступлением. Я понимаю, что мое заявление может быть отклонено в случае, если я откажусь полноценно сотрудничать с правоохранительными органами, судом и сотрудниками Программы; а также, если я не предоставляю свой действительный адрес и контактные данные (не уведомлю об их изменении). Я осознаю, что подача заявления на основании ложных сведений является уголовным правонарушением и карается в соответствии с Разделом 18 P.S. § 11.1303 «Закона о жертвах преступлений». Предоставление ложных сведений с целью ввести в заблуждение сотрудников Программы является уголовным правонарушением и карается в соответствии с Разделом 18 Pa. C.S. § 4904 «Дача неправдивых показаний». Предоставление ложных сведений, на которые сотрудники программы будут полагаться при вынесении решения о присуждении компенсации, является уголовным правонарушением и карается в соответствии с Разделом 18 Pa.C.S. § 3922 «Хищение путем обмана».

Я понимаю, что Фонд выплат компенсаций жертвам преступлений является плательщиком в последней инстанции. Я обязуюсь предоставить сотрудникам Программы сведения о любых компенсациях в связи с преступлением, полученных мною из других источников, и возместить Штату любые средства, на которые я не имел(-а) права, в размере присужденной мне компенсации. Это означает, что я согласен(-а) вернуть все средства, полученные мною от преступника или от любого другого лица/из другого источника, являющиеся компенсацией в счет понесенного мною ущерба, включая страховые выплаты, а также любые компенсации по урегулированию гражданских исков, которые были получены мною в связи с совершенным преступлением, являющимся предметом заявления. В случае, если в любой момент времени будет установлено, что поданное заявление является ошибочным, ложным или результатом мошеннических действий, я обязуюсь вернуть сотрудникам Программы все выплаченные мне суммы.

**Разрешение на предоставление информации:** Настоящим я даю разрешение директорам похоронных бюро/иных лиц, оказывающих соответствующие услуги, работодателям жертвы/истца, сотрудникам полиции и любых госучреждений, в том числе федеральных налоговых органов и налоговых служб штата, страховых компаний и прочих организаций, предоставлять Отделу помощи жертвам преступлений и сотрудникам Программы выплат компенсации жертвам преступления, все имеющиеся в их распоряжении сведения о преступлении, являющимся предметом настоящего заявления.

\_\_\_\_\_ Дата

<b>Соглашение HIPAA п раскрытии информации</b>	<b>Для обработки заявления и последующей выплаты компенсации медицинских расходов/расходов на услуги адвоката, необходимо подписать настоящий раздел.</b>
--	---

Настоящим я, в соответствии с положениями о конфиденциальности Закона об унификации и учете в области медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA, 42 U.S.C. § 1320d и последующие), даю разрешение любым медучреждениям, врачам, поставщикам медуслуг и другим лицам, которые присутствовали, проводили осмотр или назначали лечение \_\_\_\_\_ (имя жертвы преступления печатными буквами), предоставлять Отделу помощи жертвам преступлений и сотрудникам Программы выплат компенсации жертвам преступления, все имеющиеся в их распоряжении сведения о преступлении, являющимся предметом настоящего заявления. Копии данного разрешения имеют юридическую силу оригинала. \*\*Я понимаю, что в любое время могу отозвать данное разрешение, направив в Отдел помощи жертвам преступлений (Программа выплат компенсации жертвам преступления) соответствующий письменный запрос с проставленной датой. Срок действия разрешения истекает через 5 лет с даты подписания или в дату закрытия дела по настоящему заявлению, в зависимости от того, что наступит раньше.

\_\_\_\_\_ Дата

<b>Статистическая информация о жертвах преступлений</b>	<b>Настоящий раздел заполняется по желанию. Предоставленная информация используется в статистических целях.</b>
---	---

**Раса/Этническая принадлежность:**  Белый  Черный/Афроамериканец  Испанец/Латинос  
 Американский индеец/коренной житель Аляски  Азиат  Коренной житель острова Гавайи/других островов в Тихом океане  
 Другое  Смешанная раса

Под: \_\_\_\_\_  
**Основной язык общения:** \_\_\_\_\_

Как вы узнали о программе:  Медучреждение  Офис прокурора  Брошюра  Полицейский участок

Веб-сайт/приложение  Программа помощи жертвам преступлений  Другое \_\_\_\_\_

<b>Почтовый адрес</b>	<b>Адрес</b>	<b>Телефон и факс</b>
PO Box 1167 Harrisburg, PA 17108-1167	3101 North Front Street Harrisburg, PA 17110	800-233-2339 717-783-5153 717-787-4306 (FAX)
<b>Email</b>	<b>Веб-сайт:</b>	<b>Подача онлайн</b>
<a href="mailto:ra-davesupport@pa.gov">ra-davesupport@pa.gov</a>	<a href="http://www.pcv.pccd.pa.gov">www.pcv.pccd.pa.gov</a>	<a href="https://www.dave.pa.gov">https://www.dave.pa.gov</a>