

Комиссия штата Пенсильвания по предупреждению преступности и правонарушений

Форма заявления на получение консультационной помощи жертвам сексуального насилия

Пожалуйста, заполните форму и отправьте ее по почте,
по электронной почте или по факсу:

Программа выплаты компенсаций жертвам преступлений (VCAP)
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

(800) 233-2339 или (717) 783-5153
ФАКС (717) 787-4306
Email: ra-davesupport@pa.gov

РАЗДЕЛ 1 Информация о жертве

Имя и фамилия жертвы _____ Дата рождения _____ Social Security # _____
Улица (дом) _____ Город _____ Штат _____ Индекс (Zip Code) _____
Телефон _____ Email _____

Есть ли у вас медицинская страховка? да _____ нет _____

Покрывает ли ваша медицинская страховка расходы на консультационную помощь? да _____ нет _____

Направлялся ли запрос на получение денежных средств или были ли получены денежные средства в связи с фактом сексуального насилия (например, гражданское урегулирование, возмещение ущерба и т.д.)? да _____ нет _____

Если жертва не достигла 18 лет, то родитель/опекун жертвы или физическое лицо, которое берет на себя финансовые обязательства по оплате расходов на консультационную помощь, должно заполнить раздел ниже и расписаться на второй странице в качестве заявителя.

Имя и фамилия жертвы _____ Дата рождения _____ Social Security # _____
Улица (дом) _____ Город _____ Штат _____ Индекс (Zip Code) _____
Телефон _____ Email _____ Кем вы приходитеесь потерпевшему _____

РАЗДЕЛ 2 Информация о преступлении

Жертве сексуального насилия не нужно сообщать о преступлении или обращаться в правоохранительные органы для возмещения затрат на консультационную помощь в рамках процедуры заявления на получение психологической помощи жертвам сексуального насилия. Следующие вопросы позволяют помочь определить объем льгот, на который заявитель может претендовать.

Приблизительная дата совершения покушения на сексуальное насилие _____ (мм/дд/гггг)

Место совершения преступления: Графство (County): _____ Штат: Пенсильвания

Если вы сообщили о преступлении в правоохранительные органы, вы можете иметь право на дополнительные льготы. Сообщалось ли о преступлении в какие-либо органы (правоохранительные органы, в окружную прокуратуру, службу защиты детей)? да _____ нет _____ Вы хотите узнать о дополнительных льготах? да _____ нет _____ Если вы отметили «да», сотрудники Программы свяжутся с вами для дальнейшего обсуждения прав на получение таких льгот.

РАЗДЕЛ 3 Информация о лице, предоставляющему услуги консультационной помощи

Для услуг, предоставляемых с 26 ноября 2019 г.

Если у вас есть копии детализаций счетов за консультации и выписок о страховых выплатах (если применимо и доступно), пожалуйста, отправьте их вместе с формой заявления. Если у вас нет копий, то мы запросим их у поставщика, указанного ниже.

Имя и фамилия (Название) поставщика услуг _____
Улица (дом) _____ Город _____ Штат _____ Индекс (Zip Code) _____
Телефон _____ Email _____ Факс _____

Форма заявления на получение консультационной помощи жертвам сексуального насилия

В соответствии с законом, возмещению подлежат расходы на услуги консультационной помощи, предоставленные поставщиком медицинских услуг (т. е. за лечение психического здоровья, проводимое психиатром, психологом, лицензированным профессиональным консультантом или лицензированным социальным работником). Это правило применимо к услугам, предоставленным с 26 ноября 2019 г.

РАЗДЕЛ 4 Статистические данные

Следующая информация используется только в статистических целях. Предоставление информации в этом разделе является строго добровольным.

Тип преступника: Духовник ____ Член семьи ____ Незнакомец ____ Учитель ____ Тренер ____ Руководитель группы ____
Медицинский работник ____ Опекун ____ Интимный партнер ____ Другое _____

Подávalи ли вы ранее заявление в Программу помощи жертвам? Да _____ Нет _____

Если да, то укажите номер заявления (если известно): _____

РАЗДЕЛ 5 Обязательные подписи

Соглашения о признании обязательств и возмещении расходов

Соглашение о признании обязательств и возмещении должно быть подписано до начала процесса рассмотрения заявления.

Моя подпись ниже означает, что я понимаю каждое из следующих условий или положений закона:

Любой потерпевший или заявитель, который сознательно или намеренно предоставляет или заставляет представлять ложную или поддельную информацию, связанную с заявлением, может быть лишен льгот и подвергнут соответствующим уголовным наказаниям согласно законодательству Штата.

Я понимаю, что Фонд компенсации жертвам преступлений является плательщиком последней инстанции. Я обязуюсь уведомить Программу и вернуть Штату любые средства, которые я могу получить в результате преступления и в размере присужденной суммы, выплаченной из любого другого источника, который еще не был рассмотрен. Иными словами, я обязуюсь возместить любые средства, которые я получу от преступника, любого другого лица или источника, которые компенсируют мне причиненный мне вред, включая любое возмещение морального ущерба. Я также соглашаюсь вернуть Программе все денежные суммы, выплаченные Программой, если заявлением в любое время будет признано ошибочным, ложным или мошенническим.

X _____
Подпись заявителя _____ Дата _____

Согласие и освобождение от ответственности в рамках НПРАА

Настоящее согласие должно быть подписано до начала процесса рассмотрения заявления.

Настоящим я разрешаю в соответствии с правилами конфиденциальности согласно НПРАА (Закону об ответственности и переносе данных о страховании здоровья граждан, 42 U.S.C. § 1320d и далее) любой больнице, врачу, поставщику медицинских услуг или другому лицу, которые посещали, обследовали или оказывали медицинскую помощь _____ (Имя и фамилия жертвы), предоставлять в Управление штата по работе с жертвами преступлений (Программа выплаты компенсаций жертвам преступлений) любую и всю имеющуюся у них информацию в отношении преступления, которое является основанием для этого заявления. Копии этого разрешения могут быть использованы вместо оригинала. ** Я понимаю, что могу отозвать это разрешение в любое время, предоставив Управлению штата по работе с жертвами преступлений (Программа выплаты компенсаций жертвам преступлений) письменное датированное заявление. Кроме того, срок действия этого разрешения истекает через 5 лет с даты моей подписи ниже или с даты закрытия этого заявления — что наступит раньше.

X _____
Подпись заявителя _____ Дата _____

Программа выплаты компенсаций жертвам преступлений (VCAP)

P.O. Box 1167

Harrisburg, PA 17108-1167

(800) 233-2339 или (717) 783-5153

ФАКС (717) 787-4306

[Email: ra-davesupport@pa.gov](mailto:ra-davesupport@pa.gov)