

Posta Adresi:

Posta Kutusu 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Açık adres:

3101 North Front Caddesi
Harrisburg, PA 17110

Telefon, Faks ve E-posta:

(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAKS)
ra-davesupport@pa.gov

Web sitesi: www.pcv.pccd.pa.gov

Bu formu doldurup yukarıda yer alan posta adresine gönderebilir veya internetten şu adrese gönderebilirsiniz: <https://www.dave.pa.gov>

Mağdurlar Tazminat Yardım Programı Kısa Formu

Bu formu doldurmadan önce lütfen okuyunuz.

Şu durumlarda tazminat için elverişli bulunabilirsiniz:

- Suç Pennsylvania'da meydana geldi ise
- Suç 3 gün içinde ilgili makamlara bildirildi ise
- Hak iddia sürecinde suçu araştıran kolluk kuvvetleri, mahkemeler ve Mağdur Tazminat Yardım Programı ile işbirliği yaparsanız (bazı istisnalar geçerlidir)
- Dava sürecinde son tarihler geçerli olabilir. Lütfen www.pcv.pccd.pa.gov adresini ziyaret edin veya dosyalama gereksinimleri hakkında ek bilgi için 1-800-233-2339 numaralı telefonu arayın.
- Minimum kayıp gereksinimleri geçerli olabilir. Lütfen www.pcv.pccd.pa.gov adresini ziyaret edin veya dosyalama gereksinimleri hakkında ek bilgi için 1-800-233-2339 numaralı telefonu arayın.

Tazminat hak edebileceğiniz durumlar:

Tıbbi Harcamalar
Danışmanlık Giderleri
Kazanç Kaybı
Destek Kaybı
Taşınma Giderleri
Cenaze Masrafları
Olay Yeri Temizliği

Ulaşım Giderleri
Çocuk bakımı
Evde Sağlık Giderleri
Çalınan Nakit (ana gelir kaynağınız Sosyal Güvenlik Emekliliği, Maluliyet Geliri, Ek Gelir, Kazazede Yardımları, Emeklilik/Emekli aylığı, Maluliyet veya Mahkeme Kararı Çocuk / Eş Desteği ise)

Toplam azami ödenek 35.000 \$'ı geçmemelidir; ancak danışmanlık ve olay yeri temizliği gibi bazı faydalar azami miktarın üzerinde ödenebilir. Malî sınırlar çoğu hak için geçerlidir.

Program şunları kapsamaz:

- Fiziksel ve duygusal travmalar.
- Çalınmış veya hasar görmüş mallar (çalınmış veya hasar görmüş tıbbi ekipman değiştirilmesi hariç).

Mağdur davranışının yaralanmaya katkıda bulunması durumunda talep uygun görülmebilir veya tazminat azaltılabilir.

Mağdurlar Tazminat Yardım Programı Kısa Formu

Program ile olan işbirliğiniz ve bilgilerin eksiksiz ve doğru sunulması talebinizin zamanında işlenmesinde yardımcı olacaktır.

ÖNEMLİ NOT: Dava bitene veya dava açmak için tüm ödemeleriniz alınana kadar beklemenize gerek yoktur. Bilinen bir suçlu yoksa veya tutuklama yapılmadıysa dava açabilirsiniz.

Talebinizi iletmek için genel talimatlar:

- Lütfen anlaşılır biçimde yazın.
- Yalnızca talebiniz için geçerli olan bölümleri doldurun.
- Gün içinde ulaşılabileceğiniz doğru bir posta adresi, güvenli bir telefon numarası veya e-posta adresi bulundurun.
- Talebinizi sunarken sizden talep edilen belgelerin mümkün mertebe tamamını tedarik edin. Gerekli tüm belgelere sahip olmasanız bile talebinizi iletebilirsiniz. Talep alındıktan sonra program ek bilgi isteyebilir.
- Talep formunun arkasındaki **Onay ve Geri Ödeme Sözleşmesini ve Bilgi Edinme İznini** ve (mevcut ise) **HIPPA Yetkilendirme ve Serbest Bırakma Sözleşmesi** bölümlerini imzalayın.
- Talebinizi iletme konusunda yardım almak isterseniz, bu formun arkasında yer alan Mağdur Hizmet Programı ile iletişime geçebilirsiniz. Herhangi bir temsilci yok ise, bu durumda (800) 233-2339 numaralı telefondan Mağdur Tazminat Yardım Programına başvurabilirsiniz.

Lütfen Dikkat: Posta adresinizi, telefon numaranızı veya e-posta adresinizi değiştirmeniz durumunda, Programı bilgilendirmeniz son derece önemlidir. Talebinizi işleme koymak için, sizinle iletişime geçebilmeliyiz.

Mağdurlar Tazminat Yardım Programı son çarenin mükellefidir. Bu, tazminatınızın, maddi manevi tazminat olarak alınan paralar da dahil olmak üzere sigorta, iade ve sivil dava anlaşmaları gibi suçun bir sonucu olarak başka herhangi bir kaynaktan aldığınız paralarla azaltılacağı anlamına gelir.

Talebinizi olabildiğince hızlı ve verimli bir şekilde işleme koymak için her türlü çabayı ortaya koyarız.

Mağdurlar Tazminat Yardım Programı Kısa Formu

İddia # _____

Mağdur Bilgi

İsim _____ Doğum Tarihi ___/___/___ Sos Gvn # _____
Adres _____ Şehir _____ Eyalet _____ Posta Kodu _____
İlçe _____ Gündüz Telefonu _____ E-posta _____

Davanın Bilgi

Mağdur davacı ise, burayı işaretleyin: _____

Davacı 18 yaşında veya daha büyük olmalıdır.

İsim _____ Doğum Tarihi ___/___/___ Sos Gvn # _____
Adres _____ Şehir _____ Eyalet _____ Posta Kodu _____
İlçe _____ Gündüz Telefonu _____ E-posta _____
Mağdur yakınlığı _____

Suç Bilgi

Suç tarihi ___/___/___ Polise Bildirilen veya PFA Dosyalanan Tarih ___/___/___
İş yerinde mi oldu? Evet Hayır Yaralanmalara motorlu araç mı sebep oldu? Evet Hayır
Suç mahalli (sokak adı ve numarası) _____
Şehir _____ Eyalet _____ İlçe _____
Karakol Şubesi _____ Polis Olay Numarası _____
Suç işleyen kişi (ler) _____
Kısaca suç ve yaralanmaları açıklayın: _____

**Lütfen başvuru yapacağımız haklar için bölüm(leri) doldurun ve temin edebildiğiniz kadar fazla belge hazırlayın.
Talebiniz alındıktan sonra program ek bilgi isteyebilir.**

Tıbbi/Danışmanlık Gidelebili Hakkı

Tıbbi masraflara maruz kaldınız mı? Evet Hayır Danışmanlık masraflara maruz kaldınız mı? Evet Hayır
Tıbbi / danışmanlık masraflarınızı karşılayacak sigortanız var mı? Evet Hayır
Varsa, ayrıntılı tıbbi veya danışmanlık faturaları ve sigorta ödeneği beyanları sağlayın.

Cenaze Masrafları/ Destek Kaybı Hakkı

Cenaze masraflarına maruz kaldınız mı? Evet Hayır
Ölüm nedeniyle para aldınız mı? (hayat sigortası, Sosyal güvenlik ölüm yardımı) Evet Hayır
Siz veya başkaları ölen kişiye maddi olarak bağımlı mıydınız? Evet Hayır
Ayrıntılı cenaze faturalarının / makbuzlarının kopyalarını ve alınan yardımların beyanlarını sağlayın.

Kazanç Kaybı Hakkı

İşten uzak kaldığınız tarihler ___ / ___ / ___
İşverenlerin adı ve adresi: _____

Suçtan dolayı işten uzak kaldığınızı doğrulayabilecek doktorun adı ve adresi _____

Çalınmış Nakit Hakkı

Çalınan paranın miktarı? \$ _____
Aşağıdaki yardımlardan biri, çalınan nakit hakkına başvuru için ana gelir kaynağımız olmalıdır. Uyan tüm işaretlemeleri yapın.
___ Sosyal Güvenlik yardımı ___ Emeklilik / Emekli aylığı ___ Engelli ___ Mahkeme Kararlı Çocuk / Eş desteği
Ev sahibi / kiracı sigortanız var mı? Evet Hayır IRS vergi iade başvurusu yetkilisi misiniz? Evet Hayır
Varsa, suçun yapıldığı ay / yıl için aylık fayda beyanınızın kopyalarını, sigorta beyanı sayfasını ve en son vergi beyannamelerini sağlayın.

Taşınma, Olay Yerini İzniği Ulaşım Gidelebili Hakkı

Suç yüzünden taşınmak zorunda kaldınız mı? Evet Hayır
Suç mahalli temizleme harcamasında buldunuz mu? Evet Hayır
Ulaşım masraflarına maruz kaldınız mı? Evet Hayır

Başka Tarafından Temsil

Bu konuda bir avukat tarafından temsil ediliyor musunuz: Bu tazminat talebi davasında? Evet Hayır
Hukuk davasında hayır mı? Evet Hayır Sigorta davasında mı? Evet Hayır

Mağdur Hizmet Programı Bilgi

Talebinizi iletmek konusunda yardım için lütfen burada listelenen temsilciliği arayın. Temsilcilik yok ise, yardım için lütfen 800-233-2339 numaralı telefonu arayın.

**Onay ve Geri Ödeme Anlaşmaları ve
Bilgi Edinme Yetkisi**

**Bir hak talebinin doğrulanmasından ve ödeme
işleminde önce Onay ve Geri Ödeme Sözleşmesi ile
Bilgi Edinme Yetkisinin imzalanması gerekir.**

Onay ve Geri Ödeme Sözleşmesi: Talebimi onaylama kararı Programdır. Programın kararının tamamına veya bir kısmına karar tarihinden itibaren 30 gün içinde yazılı olarak itiraz edebilirim. Program Suç Mağdurları Tazminat Fonu'ndan tazminat ödeneğini kararlaştırmadan önce kayıplarımın tam miktarını kanıtlamalıyım. Daha sonra suçla ilgili ek masrafların geri ödenmesi için başvuruda bulunabilirim. Kolluk kuvvetleri, mahkemeler ve Programla tam olarak işbirliği yapmazsam veya Program dahilinde geçerli bir adres bulundurmazsam talebim reddedilebilir. Yanlış bir iddiada bulunmak, Suç Mağdurları Yasası'nın 18 P.S. § 11.1303 uyarınca cezaî bir suç olacaktır. Bu iddia formunda Programı yanıltmak amacıyla yanlış bir beyanda bulunmak 18 Pa. C.S. § 4904, Yemin edilmiş Sahtecilik kapsamında ceza gerektiren suç sayılır. Programın tazminat ödemek için güvendiği ancak yanlış bir beyanda bulunmak, 18 Pa. C.S. § 3922, Aldatma yoluyla Hırsızlık kapsamında ceza gerektiren suç sayılır.

Suç Mağdurları Tazminat Fonu'nun son çarenin mükellefi olduğumu kabul ederim. Özellikle, suçun bir sonucu olarak ve tazminat kapsamı dahilinde, daha önce dikkate alınmamış başka herhangi bir kaynaktan alabileceğim fonları Commonwealth'e bildirmeyi ve geri ödemeyi kabul ediyorum. Yani, bir sigorta poliçesinden elde edilen gelirler de dahil olmak üzere, uğradığım yaralanmayı telafi eden failden veya başka herhangi bir kişi veya kaynaktan aldığım herhangi bir fonun yanı sıra, bu iddianın temeli görülen suçtan meydana gelecek bir medeni hukuk davasından kaynaklanan herhangi bir ödül veya uzlaşmayı da geri ödemeyi kabul ediyorum. Ayrıca, talebin herhangi bir zamanda hatalı, yanlış veya hileli olduğu tespit edilirse, Program tarafından ödenen tüm parayı yine Programa iade edeceğimi kabul ediyorum.

Bilgi Temini Yetkilendirmesi: İşbu belgeyle, herhangi bir cenaze müdürü veya ilgili hizmetleri sunan diğer kişilere, mağdur veya davacının herhangi bir işverenine, eyalet veya federal vergi makamları dahil olmak üzere herhangi bir polis veya devlet kurumuna, herhangi bir sigorta şirketine veya ilgili bilgiye sahip herhangi bir kuruluşa bu talebe esas teşkil eden suçla ilgili olarak sahip oldukları her türlü bilgiyi Mağdur Hizmetleri Masasına, Mağdur Tazminat Yardım Programına bilgi paylaşma yetkisi veriyorum.

Davacının İmzası

Tarih

**HIPAA Yetkilendirme ve Serbest Bırakma
Sözleşmesi**

**Tıbbi veya danışmanlık masrafları için
başvuruyorsanız, bu talep doğrulama işleminden
önce imzalanmalıdır.**

İşbu belgeyle, HIPAA (Sağlık Sigortası Taşınabilirliği ve Hesap Verebilirlik Yasası, 42 USC § 1320d, et seq.) kapsamındaki gizlilik düzenlemelerine uygun olarak, _____ (mağdur adı)'nın tedavisine katılan, muayene eden veya tedavi hizmeti sağlayan bütün hastanelere, hekimlere, sağlık kuruluşlarına veya diğer kişilere, bu talebe esas teşkil eden suçla ilgili olarak sahip oldukları her türlü bilgiyi Mağdurlar Hizmetleri Ofisine, Mağdurlara Tazminat Yardım Programına bu iddianın temeli olan suçla ilgili olarak sahip oldukları her türlü bilgiyi paylaşma yetkisi veriyorum. Bu iznin kopyaları orijinalin yerine kullanılabilir. **Mağdur Hizmetleri Ofisi, Mağdur Tazminat Yardım Programı'nı yazılı, tarihli bir taleple sunarak bu yetkiyi dilediğim zaman iptal edebileceğimi kabul ediyorum. Ayrıca, bu yetki, aşağıda imzaman verildiği tarihten itibaren 5 yıl içinde veya bu talebin kapatıldığı tarihte, hangisi daha erken olursa sona erer.

Davacının İmzası

Tarih

Mağdurun İstatistik Bilgileri

**Bu bölümün tamamlanması kesinlikle isteğe bağlıdır.
Aşağıdaki bilgiler yalnızca istatistiksel amaçlar için kullanılır.**

İrk / Etnik köken: __ Beyaz __ Siyah / Afrika-Amerikalı __ Hispanik /Latino __ Amerikan Kızılderili / Alaska Yerlisi
__ Asyalı __ Yerli Hawaii / Diğer Pasifik Adalı __ Diğer İrk __ Çoklu İrk

Cinsiyet: ____

Birincil Dil: ____

Programı nasıl öğrendin: __ Hastane __ Savcılık __ Broşür __ Polis __ Web Sitesi / Uygulama
__ Mağdur Hizmet Programı __ Diğer _____

Posta Adresi

Posta Kutusu 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Açık adres

3101 North Front Caddesi
Harrisburg, PA 17110

Telefon ve Faks Numaraları

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

E-posta

ra-davesupport@pa.gov

İnternet sitesi:

www.pcv.pccd.pa.gov

İnternet Adresi:

<https://www.dave.pa.gov>