

**Поштова адреса:**

P.O. Box 1167  
Harrisburg, PA 17108-1167

**Адреса:**

3101 North Front Street  
Harrisburg, PA 17110

**Телефон, факс, ел. пошта:**

(800) 233-2339  
(717) 783-5153  
(717) 787-4306 (ФАКС)  
[ra-davesupport@pa.gov](mailto:ra-davesupport@pa.gov)

**Веб-сайт:** [www.pcv.pccd.pa.gov](http://www.pcv.pccd.pa.gov)

**Ви можете надіслати заповнену форму поштою на вищевказану адресу або оформити заявку онлайн на сайті <https://www.dave.pa.gov>**

## **Коротка форма Програми виплат компенсацій жертвам злочинів**

У більшості випадків жертви злочину переживають важкі емоції. Ми розуміємо, що для заповнення цієї форми вам може знадобитися певний час. **Перед заповненням форми уважно ознайомтеся з інформацією, наведеною нижче, оскільки вона стосується важливих аспектів подання заявки на отримання компенсації.**

**Компенсація може виплачуватись у випадку, якщо:**

- Злочин стався на території штату Пенсільванія.
- Заяву про злочин було подано до відповідних органів.
- Ви співпрацюєте з правоохоронними органами, які займаються розслідуванням злочину, судом та співробітниками Програми виплат компенсацій жертвам злочинів (є винятки).
- Можуть встановлюватися кінцеві терміни прийому заявок. Додаткову інформацію про вимоги щодо подання заявки можна отримати на сайті [www.pcv.pccd.pa.gov](http://www.pcv.pccd.pa.gov) або за телефоном 1-800-233-2339.
- Може бути встановлений мінімально допустимий розмір суми понесених витрат. Додаткову інформацію про вимоги щодо подання заявки можна отримати на сайті [www.pcv.pccd.pa.gov](http://www.pcv.pccd.pa.gov) або за телефоном 1-800-233-2339.

**Вам може бути присуджено грошову компенсацію за:**

Медичні витрати

Витрати на послуги адвоката

Збитки у зв'язку із втратою джерела доходу

Збитки у зв'язку із втратою матеріальної підтримки

Витрати на переїзд

Витрати на похорон

Витрати на прибирання місця злочину

Транспортні витрати

Витрати на догляд за дитиною

Витрати на медичне обслуговування в домашніх умовах

Викрадену готівку (якщо ваше основне джерело доходу:

соціальна допомога, допомога по інвалідності, додаткова фінансова допомога, допомога у зв'язку з втратою годувальника, пенсія, пенсія по інвалідності, аліменти на утримання дітей/чоловіка (дружини), що нараховуються за рішенням суду)

Загальний розмір компенсації не може перевищувати 35 000 доларів США; в окремих випадках, певні витрати, зокрема витрати на послуги адвоката та на прибирання місця злочину, можуть бути компенсовані у розмірі, що перевищує встановлений ліміт. Для більшості компенсацій встановлено фінансові обмеження.

**Програма не покриває збитків, які спричинені:**

- Болем та стражданнями.
- Викраденням або псуванням майна (за винятком заміни викраденого або пошкодженого медичного обладнання).

Заявка може бути визнана як така, що не відповідає вимогам Програми/сума компенсації може бути зменшена, якщо причиною травмуючої ситуації стала поведінка потерпілого (-ї).

## Коротка форма Програми виплат компенсацій жертвам злочинів

Співпраця зі співробітникам Програми та надання повної і точної інформації сприятимуть своєчасному розгляду вашої заявки.

**ВАЖЛИВО:** для подання заявки вам не потрібно чекати на закінчення судового розгляду або отримання всіх рахунків. Ви маєте право подати заявку, навіть якщо особу злочинця не встановлено або якщо арешт не було здійснено.

### Загальні інструкції щодо подання заявки:

- Роздрукуйте чітку копію форми.
- Заповніть лише ті розділи, які безпосередньо стосуються вашої заявки.
- Вкажіть точну поштову адресу, дійсний номер телефону/адресу електронної пошти, за якими можна зв'язатися з вами протягом дня. Обов'язково повідомте співробітників Програми у разі зміни вашої поштової адреси, номера телефону або адреси електронної пошти. Для розгляду заявки ми повинні мати змогу в будь-який час з вами зв'язатись.
- При поданні заявки надайте якомога більше запитуваних документів. Ви маєте право подати заявку, навіть якщо у вас на руках немає всіх необхідних документів. Співробітник Програми може запитати додаткову інформацію після отримання заявки.
- Підпишіть розділи «Договір про згоду сторін та відшкодування витрат» і «Дозвіл на отримання інформації», а також «Угода HIPPA та розкриття інформації» (якщо застосовується) на звороті форми.
- Якщо вам потрібна допомога у поданні заявки, зверніться до відділення Програми допомоги жертвам злочинів (контактні дані вказано на звороті форми). За відсутності будь-яких контактних даних, зателефонуйте на «гарячу» лінію Програми виплат компенсацій жертвам злочинів за номером: (800) 233-2339.

Програма виплат компенсації жертвам злочинів є платником останньої інстанції. Це означає, що сума компенсації жертвам злочину може бути зменшена на суму виплат, отриманих ними з будь-яких інших джерел у зв'язку зі злочиним (страхування, реституції, компенсації з врегулювання цивільних позовів, в тому числі відшкодування збитків, завданих у зв'язку з болем та стражданнями).

***Ми докладемо всіх зусиль для розгляду вашої заявки у найкоротший термін.***

Відвідайте веб-сайт [www.pcv.pccd.pa.gov](http://www.pcv.pccd.pa.gov), щоб отримати інформацію про:

- свої права
- отримання допомоги на території вашого округу
- можливий вплив злочину
- етапи системи кримінального та ювенального правосуддя
- інші важливі відомості

**Коротка форма Програми виплат компенсацій жертвам злочинів Заявка №****Інформація про жертву**

ПІБ \_\_\_\_\_ Дата народження \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ № соц. страх. # \_\_\_\_\_  
 Адреса \_\_\_\_\_ Місто \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Індекс \_\_\_\_\_  
 Округ \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_ Ел. пошта \_\_\_\_\_

**Інформація про заявника** Якщо жертва не є заявником, відзначте тут:  Заявник має бути старше 18 років.

ПІБ \_\_\_\_\_ Дата народження \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ № соц. страх. # \_\_\_\_\_  
 Адреса \_\_\_\_\_ Місто \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Індекс \_\_\_\_\_  
 Округ \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_ Ел. пошта \_\_\_\_\_  
 Відносини з жертвою \_\_\_\_\_

**Інформація про злочин**

Дата злочину \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Дата подання заяви до поліції або видачі ордера PFA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Злочин стався на робочому місці?  Так  Ні Чи було причиною травми зіткнення з автомобілем?  Так  Ні  
 Місце скоєння злочину (вулиця, № будинку) \_\_\_\_\_  
 Місто \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Округ \_\_\_\_\_  
 Поліцейський відділок \_\_\_\_\_ Номер у реєстрі злочинів \_\_\_\_\_  
 Особа(-и), яка (-и) скоїла (-и) злочин \_\_\_\_\_  
 Стислий опис злочину і отриманих травм: \_\_\_\_\_

**Заповніть розділ (-и), що стосується компенсацій, на які ви претендуєте, і надайте якомога більше наявних у вас документів  
 Співробітник Програми може запитати додаткову інформацію після отримання заявки.**

**Компенсації: медичні витрати/витрати на послуги адвоката**

Чи понесли ви медичні витрати?  Так  Ні Чи понесли ви витрати на послуги адвоката?  Так  Ні  
 Чи є у вас страховий поліс на покриття медичних витрат/витрат на послуги адвоката?  Так  Ні

*Надайте деталізовані рахунки за медичні послуги/послуги адвоката, а також квитанції про страхові виплати (за наявності).*

**Компенсації: витрати на похорон/збитки у зв'язку із втратою матеріальної підтримки**

Чи понесли ви витрати на похорон?  Так  Ні  
 Чи отримали ви будь-яку матеріальну компенсацію у зв'язку зі смертю  Так  Ні  
 (страховка, соціальні виплати у зв'язку зі смертю)?

Чи були ви/інші члени домогосподарства утриманцями покійного (-ї)?  Так  Ні

*Надайте деталізовані рахунки/квитанції на похоронні витрати та квитанції про нарахування будь-якої допомоги.*

**Компенсації: збитки у зв'язку із втратою джерела доходу**

Неробочі дати \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Найменування та адреса роботодавця: \_\_\_\_\_

Ім'я/адреса лікаря, який може підтвердити, що ви не працювали через злочин

**Компенсації: викрадена готівка**

Викрадена сума коштів? \$ \_\_\_\_\_

Компенсація надається у випадку, якщо вашим основним джерелом доходу є (відзначте все, що застосовується):

Соціальна допомога  Пенсія  Пенсія по інвалідності  Аліменти на утримання дітей/чоловіка  
 (дружини), що нараховуються за рішенням суду

Чи є у вас страховий поліс домовласника/орендаря?  Так  Ні Чи зобов'язані ви подавати податкові декларації до IRS?  Так  Ні

*Надайте виписку про нарахування щомісячної допомоги за місяць/рік, в якому скоєно злочин, сторінку страхової декларації і останню подану податкову декларацію (якщо застосовується).*

**Компенсації: витрати на переїзд / витрати на прибирання місця злочину / транспортні витрати**

Чи вимушені ви були переїхати у зв'язку зі злочиним?  Так  Ні

Чи понесли ви витрати на прибирання місця злочину?  Так  Ні

Чи понесли ви транспортні витрати?  Так  Ні

**Інформація про представлення ваших інтересів іншими особами**

Чи представляє ваші інтереси адвокат при: Поданні цієї заявки?  Так  Ні

У цивільному процесі?  Так  Ні Поданні страхового позову?  Так  Ні

**Інформація про Програму допомоги жертвам злочинів**

Якщо вам потрібна допомога при поданні заявки, зверніться до агентства за вказаним нижче номером телефону. За відсутності будь-яких контактних даних у цьому розділі, зателефонуйте на «гарячу» лінію за номером: 800-233-2339

**Договір про згоду сторін та відшкодування витрат і  
Дозвіл на надання інформації**

**Для розгляду заявки і подальшої виплати компенсації  
необхідно підписати «Договір про згоду сторін та  
відшкодування витрат» та «Дозвіл на надання  
інформації».**

**Договір про згоду сторін та відшкодування витрат:** Я розумію, що рішення про затвердження моєї заявки ухвалюють уповноважені співробітники Програми. Я маю право письмово опротестувати винесене рішення, як повністю, так і частково, впродовж 30 днів із дати його затвердження. Щоб моя заявка могла бути розглянута на предмет виплати мені компенсації з Фонду компенсації жертвам злочинів, я зобов'язаний (-а) вказати точну суму понесених збитків. В подальшому я можу подати заявку на відшкодування будь-яких додаткових витрат, понесених мною у зв'язку зі скоєним злочином. Я розумію, що моя заявка може бути відхилена у випадку, якщо я відмовлюся повноцінно співпрацювати з правоохоронними органами, судом та співробітниками Програми; або надати співробітникам Програми точну адресу. Я усвідомлюю, що подання заявки на підставі неправдивих відомостей є кримінальним правопорушенням і карається відповідно до Розділу 18 PS § 11.1303 «Закону про жертви злочинів». Надання неправдивих відомостей з метою введення в оману співробітників Програми є кримінальним правопорушенням і карається відповідно до Розділу 18 C.S. § 4904 «Надання неправдивих свідчень». Надання неправдивих відомостей, на які співробітники Програми спиратимуться під час винесення рішення щодо присудження компенсації, є кримінальним правопорушенням і карається відповідно до Розділу 18 Pa.C.S. § 3922 «Розкрадання шляхом обману».

Я розумію, що Фонд виплат компенсацій жертвам злочинів є платником останньої інстанції. Я зобов'язуюсь надати співробітникам Програми відомості про будь-які компенсації у зв'язку зі злочином, отримані мною з інших джерел, та відшкодувати Штату будь-які кошти, на які я не мав (-ла) права, у розмірі присудженої мені компенсації. Це означає, що я згоден (-а) повернути всі кошти, отримані мною від злочинця або від будь-якої іншої особи/з іншого джерела, які є компенсацією за понесені мною збитки, серед яких страхові виплати, а також будь-які компенсації з врегулювання цивільних позовів, які були отримані мною у зв'язку зі скоєним злочином, що є предметом заявки. Якщо в будь-який момент часу буде встановлено, що подана заявка є помилковою, хибною або результатом шахрайських дій, я зобов'язуюсь повернути співробітникам Програми всі виплачені мені кошти.

**Дозвіл на надання інформації:** Наступним я даю дозвіл директорам похоронних бюро/іншим особам, які надають відповідні послуги, роботодавцям жертви/позивача, співробітникам поліції та будь-яких держустанов, в тому числі федеральних податкових органів та податкових служб штату, страхових компаній й інших організацій, надавати Відділу допомоги жертвам злочинів і співробітникам Програми виплат компенсацій жертвам злочину, всі наявні у їхньому розпорядженні відомості про злочин, що є предметом цієї заявки.

Підпис заявника

Дата

**Угода HIPAA та розкриття інформації**

**Для розгляду заяви та подальшої виплати  
компенсації медичних витрат/витрат на послуги  
адвоката, необхідно підписати цей розділ.**

Наступним я, відповідно до положень про конфіденційність Закону про уніфікацію та облік у галузі медичного страхування (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA, 42 U.S.C. § 1320d та наступні), даю дозвіл будь-яким медустановам, лікарям, постачальникам медпослуг й іншим особам, які були присутні, проводили огляд чи призначали лікування (ім'я жертви злочину друкованими літерами), надавати Відділу допомоги жертвам злочинів та працівникам Програми виплат компенсацій жертвам злочину, всі наявні у їхньому розпорядженні відомості про злочин, що є предметом цієї заявки. Копії цього дозволу мають юридичну силу оригіналу. \*\*Я розумію, що можу в будь-який час відкликати цей дозвіл, надіславши до Відділу допомоги жертвам злочинів (Програми виплат компенсацій жертвам злочину) відповідний письмовий запит із проставленою датою. Строк дії дозволу спливає через 5 років з дати підписання або в дату закриття справи за цією заявкою, в залежності від того, що з вищевказаного настане раніше.

Підпис заявника

Дата

**Статистична інформація про жертв злочинів**

**Цей розділ заповнюється за бажанням.**

**Надана інформація використовується виключно для статистичних цілей.**

**Раса/Етнічна приналежність:**  Білий  Темношкірий/Афроамериканець  Іспанець/Латинос  Американський індіанець/корінний житель Аляски  
 Азіат  Корінний житель острова Гаваї/інших островів у Тихому океані  Інше  Змішана раса

**Гендер:** \_\_\_\_\_

**Основна мова спілкування:** \_\_\_\_\_

**Звідки ви дізналися про Програму:**  Медзаклад  Офіс прокурора  Брошура  Поліцейський відділок  Веб-сайт/Застосунок

Програма допомоги жертвам злочинів  Інше \_\_\_\_\_

**Поштова адреса**

PO Box 1167  
Harrisburg, PA 17108-1167

**Адреса**

3101 North Front Street  
Harrisburg, PA 17110

**Телефон, факс**

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

**Ел. пошта**

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

**Веб-сайт:**

[www.pcv.pccd.pa.gov](http://www.pcv.pccd.pa.gov)

**Подайте заявку онлайн на сайті**

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