

- Ви не самотні... Бути жертвою злочину — дуже тяжке випробування. Можливо, Вам складно на чомусь зосередитися або щось пригадати, і це нормально для людини, яка стала жертвою злочину.
- Є адвокати, які представляють інтереси потерпілих, і можуть надати Вам безкоштовні послуги. Вони готові відповісти на всі Ваші питання та проконсультувати Вас.
 - Щоб знайти організацію у Вашому окрузі, перейдіть на веб-сайт www.pcv.pccd.pa.gov або відскануйте вказаний нижче QR-код та виберіть розділ «Пошук допомоги у вашому окрузі».
- Ви, як жертва злочину, маєте певні права. Перейдіть на веб-сайт www.pcv.pccd.pa.gov або відскануйте вказаний нижче QR-код і Ви побачите, які права надаються Вам протягом усього періоду кримінального провадження, включно з інформацією про те, як реалізувати додаткові права, якщо хтось заарештований та/або засуджений, а також дізнаєтесь, як отримати доступ до швидкої допомоги, на кшталт судового наказу про надання притулку та охоронного судового наказу, фінансової допомоги і консультацій.
- Якщо Ви стали жертвою домашнього насильства, Ви маєте право звернутися до суду і подати клопотання про винесення судового наказу про захист від домашнього насильства відповідно до Закону про захист від жорстокого поведіння (23 Pa.C.S. Ch. 61), який може включати наступне:
 - Судове рішення, що забороняє особі, яка застосувала насильство, вчиняти подальші акти насильства;
 - Судове рішення, що наказує особі, яка вчинила насильство, залишити Ваше житло;
 - Судове рішення, що забороняє особі, яка вчинила насильство, з'являтися у Вашій оселі, школі, на території ведення бізнесу чи на робочому місці;
 - Судове рішення про присудження Вам або іншому з батьків права тимчасової опіки або тимчасового відвідування Вашої дитини/дітей;
 - Судове рішення, що наказує особі, яка вчинила насильство, виплачувати аліменти Вам та неповнолітнім дітям, якщо зазначена особа повинна робити це за законом.
- Якщо Ви стали жертвою сексуального насильства або залякування, Ви маєте право звернутися до суду і подати клопотання про винесення судового наказу про захист від сексуального насильства (SVPO) відповідно до Закону про захист потерпілих від сексуального насильства або залякування (42 Pa.C.S. Ch. 62A).

Вхід на сайт
для жертв
злочинів на
території
штату
Пенсільванія



Подати
заявку на
отримання
компенсації



Застосунок
для жертв
злочинів на
території
штату
Пенсільва-
нія в
Google Play



Застосунок
для жертв
злочинів
на
території
штату
Пенсільва-
нія
в Apple



**Якщо у вас немає доступу до мережі Інтернет, ОЗНАЙОМТЕСЯ З ВАЖЛИВОЮ
КОНТАКТНОЮ ІНФОРМАЦІЄЮ НИЖЧЕ**

Важлива контактна інформація у Вашому районі

Жертви домашнього насильства	

Жертви сексуального насильства	

Діти, що стали жертвами жорстокого поводження	

Літні люди, що стали жертвою жорстокого поводження (цілодобова «гаряча» лінія з 800-490-8505)	

Жертви насильницьких злочинів (включно з вбивствами)	

Жертви злочинів, пов'язаних із торгівлею людьми	

Окружний офіс прийому потерпілих/свідків	

КОНТАКТИ НА ВСІЙ ТЕРИТОРІЇ ШТАТУ

Програма конфіденційності адрес

Офіс адвоката, який представляє інтереси потерпілих на території штату Пенсільванія – 800-563-6399 або веб-сайт www.ova.pa.gov

Повідомлення про звільнення правопорушника

Система повідомлення потерпілих на всій території штату Пенсільванія (PA-SAVIN) – 866-972-7284 або веб-сайт www.pcv.pccd.pa.gov

Фінансова допомога

Програма допомоги потерпілим в отриманні компенсації – 800-233-2339 або веб-сайт www.dave.pa.gov

Лінія з питань, що стосуються дітей-жертв злочинів

Департамент соціального забезпечення штату Пенсільванія – 800-932-0313 або веб-сайт www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx

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

Веб-сайт: 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

Перед заповненням форми уважно ознайомтеся з інформацією, наведеною нижче.

Компенсація може виплачуватись у випадку, якщо:

- Злочин стався на території штату Пенсільванія.
- Заяву про злочин було подано до відповідних органів упродовж 3 днів після його скоєння.
- 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 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 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:

- Болям 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.
- 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 NIPRA 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.

Важливо: **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.**

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 злочинном (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.

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 ордеру 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

Веб-сайт:

www.pcv.pccd.pa.gov

Подайте заявку онлайн на сайті

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

