

Biểu Mẫu Rút Gọn cho Chương Trình Hỗ Trợ Bồi Thường Nạn Nhân Yêu Cầu Bồi Thường # _____

Thông Tin Nạn Nhân

Họ Tên _____ Ngày Sinh ___/___/___ Số ASXH _____
Địa Chỉ _____ Thành Phố _____ Tiểu Bang _____ Mã Bưu Chính _____
Quận _____ Số Điện Thoại (Liên Hệ Ban Ngày) _____ Email _____

Thông Tin về Người Yêu Cầu Bồi Thường

Nếu nạn nhân là người yêu cầu bồi thường, vui lòng kiểm tra tại đây: Người yêu cầu bồi thường phải từ 18 tuổi trở lên.

Tên _____ Ngày Sinh ___/___/___ Số ASXH _____
Địa Chỉ _____ Thành Phố _____ Tiểu Bang _____ Mã Bưu Chính _____
Quận _____ Số Điện Thoại (Liên Hệ Ban Ngày) _____ E-mail _____

Mối Quan Hệ với Nạn Nhân _____

Thông Tin Vụ Án

Ngày Xảy Ra Vụ Án ___/___/___ Ngày Được Báo Cáo cho Cảnh Sát hoặc Ngày Nộp PFA ___/___/___
Vụ án có xảy ra tại nơi làm việc không? Có Không Nạn nhân có bị thương do xe cơ giới không? Có Không
Vị trí vụ án (tên đường và số nhà) _____
Thành Phố _____ Tiểu Bang _____ Quận _____
Sở Cảnh sát _____ Số Vụ Án của Cảnh Sát _____
Thủ Phạm _____
Mô tả ngắn về vụ án và các thương tích: _____

Vui lòng hoàn thành (các) phần liên quan đến chi phí mà quý vị đang đề nghị bồi thường và cung cấp tối đa các tài liệu yêu cầu vào thời điểm này. Chương trình có thể yêu cầu thông tin bổ sung sau khi nhận được yêu cầu bồi thường.

Đề Nghị Bồi Thường: Chi Phí Y Tế/Tư Vấn

Quý vị có phải chi trả các chi phí y tế không? Có Không Quý vị có phải trả chi phí tư vấn không? Có Không
Quý vị có bảo hiểm chi trả các chi phí tư vấn/y tế của mình không? Có Không
Cung cấp các hóa đơn y tế hoặc tư vấn được chia thành từng khoản và xác nhận quyền lợi bảo hiểm, nếu có

Đề Nghị Bồi Thường: Chi Phí Tang Lễ/Mất Nguồn Hỗ Trợ

Quý vị có phải chi trả chi phí tang lễ không? Có Không
Quý vị có nhận được bất kỳ khoản tiền nào do có người chết trong vụ án hay không? (bảo hiểm nhân thọ, phúc lợi an sinh xã hội khi tử vong) Có Không
Quý vị hoặc những người khác có phụ thuộc tài chính vào nạn nhân bị chết hay không? Có Không
Cung cấp bản sao các hóa đơn/biên lai dịch vụ tang lễ được chia thành từng khoản và xác nhận các quyền lợi nhận được.

Đề Nghị Bồi Thường: Mất Thu Nhập

(Các) Ngày quý vị phải nghỉ việc ___/___/___
Tên và địa chỉ nhà tuyển dụng: _____

Tên và địa chỉ của bác sĩ - người có thể xác minh quý vị đã nghỉ việc vì vụ án _____

Đề Nghị Bồi Thường: Bị Mất Cấp Tiền Mặt

Số tiền bị mất cấp? \$ _____
Một trong những phúc lợi sau đây phải là nguồn thu nhập chính của quý vị khi nộp yêu cầu bồi thường cho số tiền mặt bị mất cấp. Đánh dấu vào tất cả lựa chọn phù hợp. Phúc lợi An Sinh Xã Hội Phụ Cấp/Lương Hưu Hỗ Trợ Do Khuyết Tật Hỗ Trợ Nuôi Vợ/Chồng hoặc Nuôi Con Theo Lệnh Của Tòa Án
Quý vị có bảo hiểm dành cho chủ nhà/người thuê nhà không? Có Không
Quý vị có bắt buộc phải khai thuế IRS không? Có Không
Cung cấp bản sao xác nhận phúc lợi hàng tháng của quý vị cho tháng/năm xảy ra vụ án, trang khai báo bảo hiểm và bản kê khai thuế gần đây nhất, nếu có.

Đề Nghị Bồi Thường: Chi Phí Chuyển Nơi Ở, Dọn Dẹp Hiện Trường Vụ Án, Đi Lại

Quý vị đã phải chuyển nơi ở do tác động của vụ án? Có Không
Quý vị có phải chi trả chi phí dọn dẹp hiện trường vụ án không? Có Không
Quý vị có phải chi trả chi phí đi lại không? Có Không

Đại diện bởi những người khác

Quý vị có được luật sư đại diện liên quan đến vấn đề này: Trong việc nộp yêu cầu bồi thường này? Có Không
Trong một vụ kiện dân sự? Có Không Khi yêu cầu chi trả bảo hiểm? Có Không

Thông Tin Chương Trình Dịch Vụ Hỗ Trợ Nạn Nhân

Để được hỗ trợ trong việc nộp yêu cầu bồi thường, vui lòng liên hệ cho cơ quan theo thông tin liệt kê tại đây. Nếu không có cơ quan nào được liệt kê, vui lòng gọi 800-233-2339 để được hỗ trợ.

Thỏa Thuận Xác Nhận và Bồi Hoàn và Ủy Quyền Thu Thập Thông Tin

Thỏa Thuận Xác Nhận và Bồi Hoàn và Ủy Quyền Thu Thập Thông Tin phải được ký kết trước khi chương trình xác minh yêu cầu bồi thường và xử lý thanh toán.

Thỏa Thuận Xác Nhận và Bồi Hoàn: Chương Trình có quyền quyết định liên quan đến yêu cầu bồi thường của tôi. Tôi có thể phản đối toàn bộ hoặc một phần quyết định của Chương Trình bằng văn bản trong vòng 30 ngày kể từ ngày quyết định được đưa ra. Tôi phải chứng minh chính xác số tiền thiệt hại của mình trước khi Chương Trình xem xét số tiền bồi thường từ Quỹ Bồi Thường Cho Nạn Nhân Vụ Án. Sau đó, tôi có thể nộp yêu cầu bồi hoàn cho các chi phí bổ sung, phát sinh liên quan đến vụ án. Yêu cầu bồi thường của tôi có thể bị từ chối nếu tôi không hợp tác theo yêu cầu với các cơ quan thực thi pháp luật, tòa án và Chương Trình hoặc không cung cấp địa chỉ hợp lệ cho Chương Trình. Cung cấp thông tin sai lệch trong yêu cầu bồi thường là hành vi phạm tội theo Mục 11.1303, Tiêu Mục 18, Đạo Luật Về Nạn Nhân Vụ Án, Đạo Luật Tiểu Bang Pennsylvania. Cung cấp thông tin sai lệch trong yêu cầu bồi thường này với mục đích lừa dối Chương Trình là hành vi phạm tội theo Mục 4904, Tiêu Mục 18 về Cố Ý Cung Cấp Thông Tin Sai Lệch, Đạo Luật Tiểu Bang Pennsylvania. Cung cấp thông tin sai lệch trong yêu cầu bồi thường, làm cơ sở để Chương Trình chi trả bồi thường, là hành vi phạm tội theo Mục 3922, Tiêu Mục 18 về Lừa Đảo, Đạo Luật Tiểu Bang Pennsylvania.

Tôi hiểu rằng Quỹ Bồi Thường Cho Nạn Nhân Vụ Án là đơn vị chi trả trong trường hợp cuối cùng. Tôi cũng đồng ý thông báo cho Chương Trình và hoàn trả cho Khối Thịnh Vượng Chung bất kỳ khoản tiền nào mà tôi có thể nhận được từ bất kỳ nguồn nào khác chưa được xem xét, do hậu quả của vụ án và trong phạm vi bồi thường. Điều đó có nghĩa là, tôi đồng ý hoàn trả bất kỳ khoản tiền nào mà tôi nhận được từ thủ phạm hoặc bất kỳ người nào hoặc nguồn nào khác, đã bồi thường cho thương tích mà tôi gặp phải, bao gồm số tiền nhận được từ hợp đồng bảo hiểm, cũng như bất kỳ số tiền bồi thường hoặc số tiền chi trả mà tôi nhận được từ một vụ kiện dân sự, liên quan đến vụ án mà tôi đang đề nghị bồi thường. Tôi cũng đồng ý rằng nếu yêu cầu bồi thường, vào bất kỳ thời điểm nào, được xác định là nhầm lẫn, sai sự thật hoặc gian lận, tôi sẽ hoàn trả lại Chương Trình tất cả số tiền mà tôi đã nhận được từ Chương Trình.

Ủy Quyền Thu Thập Thông Tin: Tôi ủy quyền cho quản lý dịch vụ tang lễ hoặc cá nhân cung cấp các dịch vụ liên quan, chủ sử dụng lao động của nạn nhân hoặc người yêu cầu bồi thường, cơ quan cảnh sát hoặc cơ quan quản lý, bao gồm cơ quan thuế tiểu bang hoặc liên bang, công ty bảo hiểm hoặc các tổ chức có liên quan cung cấp cho Văn Phòng Dịch Vụ Hỗ Trợ Nạn Nhân, Chương Trình Hỗ Trợ Bồi Thường Nạn Nhân, bất kỳ và tất cả các thông tin mà họ đang có liên quan đến vụ án mà tôi đang đề nghị bồi thường.

Chữ Ký của Người Yêu Cầu Bồi Thường

Ngày

Thỏa Thuận Ủy Quyền và Cung Cấp Thông Tin HIPAA

Khi nộp yêu cầu bồi thường các chi phí y tế hoặc tư vấn, thỏa thuận này phải được ký tên trước khi chương trình bắt đầu xác minh yêu cầu bồi thường.

Tôi cho phép, theo các quy định về quyền riêng tư trong HIPAA (Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Bảo Hiểm Y Tế, Mục 1320d và các mục kế tiếp, Tiêu Mục 42, Bộ Chuẩn Luật Hoa Kỳ), các bệnh viện, bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc các cá nhân khác đã đến, thăm khám hoặc điều trị cho __ (tên viết hoa của nạn nhân) cung cấp cho Văn Phòng Dịch Vụ Hỗ Trợ Nạn Nhân, Chương Trình Hỗ Trợ Bồi Thường Nạn Nhân, bất kỳ và tất cả các thông tin mà họ đang có liên quan đến vụ án mà tôi đang đề nghị bồi thường. Bản sao ủy quyền này có thể được sử dụng thay cho bản gốc. **Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi ủy quyền này vào bất kỳ thời điểm nào bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản có đề ngày tháng cụ thể cho Văn Phòng Dịch Vụ Hỗ Trợ Nạn Nhân, Chương Trình Hỗ Trợ Bồi Thường Nạn Nhân. Ngoài ra, ủy quyền này sẽ hết hạn sau 5 năm kể từ ngày tôi ký tên như dưới đây hoặc vào ngày yêu cầu bồi thường này được đóng lại, tùy vào thời điểm nào đến trước.

Chữ Ký của Người Yêu Cầu Bồi Thường

Ngày

Thông Tin Thống Kê về Nạn Nhân

Việc Điền Thông Tin vào Phần này là hoàn toàn không bắt buộc. Các thông tin sau chỉ được sử dụng cho mục đích thống kê.

Chủng Tộc/Dân Tộc: Da trắng Da màu/Mỹ gốc Phi Tây Ban Nha/La tinh Mỹ da đỏ/Alaska bản địa
 Châu Á Hawaii bản địa hoặc đảo Thái Bình Dương khác Chủng tộc khác Đa chủng tộc

Giới tính: _____

Ngôn Ngữ Chính: _____

Quý vị biết về Chương Trình như thế nào: Bệnh Viện Công Tố Viên Sách Giới Thiệu Cảnh Sát Website/Ứng Dụng
 Chương Trình Dịch Vụ Hỗ Trợ Nạn Nhân Khác _____

Địa chỉ gửi thư
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Địa chỉ đường phố
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Số điện thoại và số fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Email
ra-davesupport@pa.gov

Website:
www.pcv.pccd.pa.gov

Trực tuyến tại <https://www.dave.pa.gov>