

Biểu Mẫu Yêu Cầu Bồi Thường Cho Dịch Vụ Tư Vấn Về Tấn Công Tình Dục

Vui lòng điền vào biểu mẫu rồi gửi thư, email hoặc fax tới:

Victims Compensation Assistance Program (VCAP)

P.O. Box 1167

Harrisburg PA 17108-1167

(800) 233-2339 hoặc (717) 783-5153

FAX (717) 787-4306

Email: ra-davesupport@pa.gov

PHẦN 1 Thông Tin Về Nạn Nhân

Tên Nạn Nhân _____ Ngày Sinh _____ Số An Sinh Xã Hội _____

Địa Chỉ _____ Thành Phố _____ Tiểu Bang _____
Mã Bưu Chính _____

Số Điện Thoại _____ Email _____

Quý vị có bảo hiểm y tế không? có _____ không ___

Bảo hiểm y tế của quý vị có được áp dụng cho chi phí tư vấn không? có ___ không ___

Các khoản tiền có được áp dụng hoặc nhận từ các nguồn khác do hậu quả của cuộc tấn công tình dục (ví dụ: dàn xếp dân sự, bồi thường, v.v.) hay không? có _____ không _

Nếu nạn nhân hiện dưới 18 tuổi, thì cha mẹ/người giám hộ của nạn nhân hoặc cá nhân đảm nhận nghĩa vụ tài chính cho chi phí tư vấn phải hoàn thành phần dưới đây và ký vào trang thứ hai với tư cách là người yêu cầu bồi thường.

Tên Người Yêu Cầu Bồi Thường _____ Ngày Sinh _____ Số An Sinh Xã Hội _____

Địa Chỉ _____ Thành Phố _____ Tiểu Bang _____ Mã Bưu Chính _____

Số Điện Thoại _____ Email _____ Mối Quan Hệ Với Nạn Nhân _____

PHẦN 2 Thông Tin Về Tội Phạm

Nạn nhân của một vụ tấn công tình dục không cần phải báo cáo hành vi phạm tội hoặc nói chuyện với các cơ quan thực thi pháp luật để được chi trả chi phí tư vấn theo quy trình Yêu Cầu Bồi Thường Cho Dịch Vụ Tư Vấn Về Tấn Công Tình Dục. Các câu hỏi sau được đặt ra để giúp xác định mức quyền lợi mà quý vị có thể đủ điều kiện nhận.

Ngày Xảy Ra Hành Vi Tấn Công Tình Dục (Gần Đúng) _____ (mm/dd/yyyy)

Địa Điểm Xảy Ra Tội Phạm: Hạt: _____ Tiểu bang: Pennsylvania

Nếu đã báo cáo tội phạm cho cơ quan thực thi pháp luật, quý vị có thể đủ điều kiện được hưởng các quyền lợi bổ sung. Tội phạm đã được báo cáo cho bất kỳ cơ quan chức năng nào (cơ quan thực thi pháp luật, luật sư quận, dịch vụ bảo vệ trẻ em) chưa? có ___ không ___ Quý vị có muốn tìm hiểu thêm về những lợi ích này không? có ___ không ___ Nếu quý vị đánh dấu có, nhân viên của Chương Trình sẽ liên hệ với quý vị để thảo luận thêm về khả năng đủ điều kiện hưởng những quyền lợi này.

PHẦN 3 Thông Tin Về Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Tư Vấn Đối với các dịch vụ được cung cấp từ ngày 26/11/2019 trở đi.

Nếu quý vị có bản sao của các hóa đơn tư vấn đã được phân mục và các bản kê khai quyền lợi bảo hiểm (nếu có và có sẵn), vui lòng gửi chúng cùng với mẫu yêu cầu. Nếu quý vị không có bản sao, chúng tôi sẽ yêu cầu cung cấp từ nhà cung cấp được liệt kê dưới đây.

Tên Nhà Cung Cấp _____

Địa Chỉ _____ Thành Phố _____ Tiểu Bang _____ Mã Bưu Chính _____

Số Điện Thoại _____ E-mail _____ Số Fax _____

Biểu Mẫu Yêu Cầu Tư Vấn Về Tán Công Tình Dục

Luật quy định cụ thể rằng chỉ được thanh toán quỹ cho chi phí tư vấn phải trả cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe (tức là liệu pháp sức khỏe tâm thần do bác sĩ tâm thần, nhà tâm lý học, cố vấn chuyên nghiệp được cấp phép hoặc nhân viên xã hội được cấp phép cung cấp). Điều này chỉ áp dụng cho các ngày dịch vụ từ ngày 26/11/2019 trở đi.

PHẦN 4 Thông Tin Thống Kê

Thông tin sau chỉ được sử dụng cho mục đích thống kê. Việc gửi thông tin trong phần này là hoàn toàn tự nguyện.

Loại Người Phạm Tội: Giáo Sĩ___ Gia Đình___ Người Lạ___ Giáo Viên___ Huấn Luyện Viên___ Trưởng Nhóm ___
Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế___ Người Chăm Sóc___ Bạn Tình___ Khác _____

Trước đây quý vị có từng nộp đơn yêu cầu tới Chương Trình Hỗ Trợ Bồi Thường Cho Nạn Nhân không? Có_Không_
Nếu có, vui lòng cung cấp số yêu cầu (nếu biết): _____

PHẦN 5 Chữ Ký Bắt Buộc

Thỏa Thuận Xác Nhận Và Bồi Hoàn

Thỏa Thuận Xác Nhận Và Bồi Hoàn phải được ký trước khi quá trình xem xét yêu cầu bắt đầu.

Chữ ký của tôi dưới đây thể hiện việc biết tôi hiểu từng tuyên bố hoặc điều luật sau đây:

Bất kỳ nạn nhân hoặc người yêu cầu bồi thường nào chủ tâm hoặc cố ý cung cấp, hoặc gây ra việc cung cấp thông tin sai lệch hoặc giả mạo liên quan đến yêu cầu bồi thường sẽ có thể bị từ chối quyền lợi và phải chịu hình phạt hình sự thích hợp theo luật của Khối Thịnh Vượng Chung.

Tôi hiểu rằng Quỹ Bồi Thường Cho Nạn Nhân Tội Phạm là cơ quan chi trả sau cùng. Tôi thể hiện rõ việc đồng ý thông báo cho Chương Trình và bồi hoàn cho Khối Thịnh Vượng Chung mọi khoản tiền mà tôi có thể nhận được từ bất kỳ nguồn nào khác chưa được xem xét, do hậu quả của tội phạm và trong phạm vi bồi thường. Nghĩa là, tôi đồng ý hoàn trả mọi khoản tiền mà tôi nhận được từ người vi phạm, hay từ bất kỳ người nào hoặc nguồn nào khác, để bồi thường cho tôi về thương tích mà tôi phải chịu, bao gồm cả mọi khoản bồi thường cho nỗi đau về thể chất và tinh thần. Tôi đồng ý thêm về việc nêu yêu cầu này được xác định là có sai sót, nhầm lẫn hoặc gian lận vào bất kỳ thời điểm nào, tôi sẽ bồi hoàn cho Chương Trình mọi khoản tiền mà Chương Trình đã thanh toán.

X _____
Chữ Ký Của Người Yêu Cầu Bồi Thường Ngày

Thỏa Thuận Ủy Quyền Và Giải Phóng HIPAA

Nội dung Ủy Quyền này phải được ký trước khi quá trình xem xét yêu cầu bắt đầu.

Tại đây, 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, 42 USC§ 1320d, v.v.), mọi bệnh viện, bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc người nào khác đã phục vụ, khám hoặc điều trị cho _____ (tên viết hoa của nạn nhân) được phép cung cấp cho Văn Phòng Dịch Vụ Nạn Nhân và Chương Trình Hỗ Trợ Bồi Thường Cho Nạn Nhân toàn bộ hoặc mọi thông tin bất kỳ mà họ sở hữu liên quan đến tội phạm dẫn đến yêu cầu này. Bản sao của ủy quyền này có thể được sử dụng thay cho bản gốc. **Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi ủy quyền này bất kỳ lúc nào bằng cách cung cấp cho Văn Phòng Dịch Vụ Nạn Nhân và Chương Trình Hỗ Trợ Bồi Thường Cho Nạn Nhân một văn bản yêu cầu có đề ngày về việc này. Ngoài ra, ủy quyền này sẽ hết hạn sau 5 năm kể từ ngày tôi ký dưới đây hoặc vào ngày yêu cầu này được đóng lại, tùy theo ngày nào sớm hơn.

X _____
Chữ Ký Của Người Yêu Cầu Bồi Thường Ngày

Victims Compensation Assistance Program (VCAP)
P.O. Box 1167
Harrisburg PA 17108-1167 Email: ra-davesupport@pa.gov

(800) 233-2339 hoặc (717) 783-5153
FAX (717) 787-4306