

23 می 2023

نام تخلص
آدرس سرک
منزل #
شهر، ایالت و زپ کود

به شما جبران خسارت اعطاء شده است و ممکن واجد شرایط پیش پرداخت باشید

این تنها اطلاعیه ای است که از این دفتر دریافت خواهید کرد.

واحد جبران خسارت ایالت ورمونت یک حکم جبران خسارت را دریافت کرده و در حال بررسی آن می باشد. در این حکم شما منحصی قربانی یک جرم معرفی شده اید. پس از دریافت مدارک و بررسی و تأیید خسارات شما، تعیین می شود که آیا واجد شرایط پیش پرداخت هستید یا خیر. اگر بررسی های ما نشان دهد که شما واجد شرایط نیستید، زمانی به شما پرداخت می گردد که ما مبلغ را از متخلف بگیریم.

یک بیانیه خسارت قربانی و یک سوگندنامه ضمیمه شده است تا آنرا خانه پری نموده و برگردانید. **سوگندنامه باید در حضور سردفتر امضا شود؛ زیرا این یک سند قانونی است.** لطفاً فورم های تکمیل شده خود را ظرف 30 روز برگردانید. اگر فورم های تکمیل شده را برنگردانید، هر گونه پرداختی که به نفع شما جمع آوری می شود، اموال بدون ادعا تلقی می شود.

لطفاً توجه داشته باشید: واحد جبران خسارت بخشی از دفتر شارنوال ایالت یا محکمه نیست و ما اکنون برای اولین بار در حال بررسی دوسیه شما هستیم. واحد جبران خسارت تعیین می کند که آیا خسارت واجد شرایط پیش پرداخت می باشد یا خیر.

اگر کدام سوالی دارید، لطفاً با شماره 1-800-584-3485 x 211 (رایگان در ورمونت (VT)) یا 1-802-241-4688 x 211 یا gina.yalicki@ccvs.vermont.gov با من تماس بگیرید.

با احترام،

Gina Yalicki

رابطه قربانی
واحد جبران خسارت ایالت ورمونت

بیانیه خسارت قربانی

نام (ها): _____

آدرس پستی: _____

تلفون: خانه: _____ تلفون همراه: _____ محل کار: _____

آدرس ایمیل: _____

آیا این خسارت را شما در تجارت خود متحمل شدید؟ بلی یا نخیر
اگر بلی، نام این تجارت چیست؟ _____

چه نوع خسارتی را متحمل شدید؟ طور مثال تخریب شدن موتر، دزدیده شدن اموال و غیره

آیا این خسارت نقدی بود؟ (ارز واقعی) بلی \$ یا خیر

میزان خسارتی که از جیب خودتان پرداخت کردید یا میزان خسارت بیمه نشده شما چقدر بوده است؟ \$ _____

آیا بیمه ای برای پوشش این خسارت داشتید؟ بلی یا نخیر

اگر بلی، آیا از شرکت بیمه خود مطالبه کردید؟ بلی یا نخیر

اگر بلی، چقدر از شرکت بیمه دریافت کرده اید؟ _____

آیا دعوای مدنی (نه کیفری) در جریان است یا در جریان خواهد بود؟ بلی یا نخیر

اگر بلی، لطفاً معلومات تماس وکیل خود را ارائه دهید. _____

در حال حاضر نیازی به مدارک بیشتر نیست.

اگر این چوکات نشانی شده باشد، لطفاً مدارک زیر را ارسال کنید:

- کاپی صفحه اظهارنامه بیمه تان که پوشش پالیسی بیمه شما را نشان می دهد.
- کاپی استیتمنت تسویه بیمه برای ادعاهای ارائه شده.
- اسنادی که که مبلغ خسارت یا هزینه جایگزینی را تأیید می کند (طور مثال ارزیابی ها، برآورد هزینه ها یا رسیدها).
- نامه دستمزد از دست رفته از کارفرما شامل نرخ دستمزد و زمان از دست رفته.
- کاپی معاملات بانکی یا استیتمنت های کریدت کارت.
- نامه انکار بازپرداخت بانک یا شرکت کریدت کارت.
- سایر موارد: _____

من تأیید می کنم که جواب های بالا درست و صحیح هستند.

تاریخ _____ نام(ها) با حروف کلان _____

امضاء(ها) _____



واحد جبران خسارت ایالت ورمونت سوگندنامه

مجرم:	# دوسیه:	
مبلغ دستور داده شده: \$	قربانی:	

جبران خسارت تنها در صورتی در دسترس است که شخص دیگری خسارت را پرداخت نکند. برای اینکه واحد جبران خسارت به ادعای شما رسیدگی کند، باید بررسی کنید که هیچ بیمه ای وجود ندارد که بتواند خسارت شما را پوشش دهد و هیچ کس دیگری هزینه خسارت شما را پرداخت نخواهد کرد. من نشان می‌دهم و تضمین می‌کنم که طبق معلومات و اعتقاد، هیچ شخص یا نهاد دیگری مبلغی را که من از واحد جبران خسارت ایالت ورمونت دریافت خواهم کرد، پرداخت نکرده و نخواهد کرد.

هیچ مبلغی از جبران خسارت که از سوی شخص یا نهاد دیگری دستور داده شده، به من پرداخت نشده است.

یا

من مبلغ \$ _____ را به خاطر خسارت خود از شخصی غیر از واحد جبران خسارت دریافت کرده ام یا دریافت خواهم کرد.

لطفاً باقیمانده مبلغ \$ _____ را به من بپردازید.

* همه قربانیان ذکر شده در بالا باید معلومات زیر را تکمیل کنند.

(قربانی 1) تاریخ تولد: _____ / _____ / _____ (قربانی 2) تاریخ تولد: _____ / _____ / _____
4 رقم آخر SSN: _____ 4 رقم آخر SSN: _____

_____ X (نام با حروف کلان) _____ X (نام با حروف کلان)

_____ X (امضاء) _____ X (امضاء)

_____ تاریخ _____ تاریخ

ارائه معلومات نادرست بطور آگاهانه، ممکن منجر به پیگرد جزائی شود.

تصدیق در حضور رئیس دفتر

(ایالت _____)

(کاونتی، SS _____)

در _____ این _____ روز _____، 20 _____، امضاء کننده این اعلامیه و سوگندنامه تأیید شخصاً حاضر شد و به صحت موارد فوق سوگند یاد کرد.

در حضور من:

_____ دفتر اسناد رسمی، کمیسیون من منقضی می شود در: _____



واحد جبران خسارت ایالت ورمونت سوگندنامه

GY واحد جبران خسارت ایالت ورمونت
PO Box Box 10, Waterbury, VT 05676-0010

برگردانید به: