

佛蒙特州受害者赔偿申请表

我们明白您正处于困难时期。如果您需要帮助来填写此表格，请拨打下列电话号码联系受害者赔偿计划 (Victims Compensation Program)。您亦可以访问我们的网站了解更多信息。

受害者赔偿计划可以为遭遇财务损失的罪案受害者提供有限的财务援助，但前提条件是受害者无法通过其他渠道（例如保险）获得损失赔偿。

受害者赔偿计划

60 South Main Street

Waterbury, Vermont 05676

1-800-750-1213（语音 – 仅限佛蒙特州）

1-802-241-1250（语音）

1-802-241-1253（传真）

www.ccvvs.vermont.gov



请自行保留此页以作记录。

资格要求

- 罪案已报告给执法人员，并经其认定罪行已实施。
- 罪案直接导致受害者遭受人身伤害或情感伤害。
- 罪案的实施地点在佛蒙特州内，或实施对象为佛蒙特州居民且实施地点所在国家/地区没有赔偿计划。
- 罪案是在 1987 年 7 月 1 日后实施。
- 受害者并未违反该州刑法并因此造成或导致自己受伤或死亡。
- 谋杀案受害者的家庭成员亦符合资格。

适当情况下，只要以下费用尚未经其他渠道支付，则申请者可以获得相应赔偿：

- 医疗及牙科护理的费用
- 受害者及其家庭成员的咨询费用
- 丧葬费用
- 因误工而损失的工资
- 其他费用，例如处方药和眼镜的费用以及有限的交通费用
- 如果罪案导致受害者死亡，其合法受扶养人可以领取临时生活费
- 有限的搬家援助
- 宠物的看护/治疗/丧葬费用

财产损失一般不包括在内。

申请指南

您必须填写此申请表的所有内容。请确保完成以下事项：

1. 在此申请表的“信息获取授权书”部分签字并填写日期。如有需要，您可以提供其他失效日期。
2. 在申请表的“还款、归还及代位”部分签字并填写日期。
3. 在“保证声明”后签字并填写日期
4. 填妥此申请表后，请先用胶带或订书钉将四周封好再邮寄。

如果您想将申请表用单独的信封邮寄给我们但没有邮票，请联系受害者赔偿计划，我们会邮寄一个已付邮资的信封给您，供您邮寄申请表和/或账单。

如果您在此后收到其他与罪案相关的账单，请确保按照此申请表第一页的地址邮寄给我们。

请自行保留此页以作记录。

I. 受害者信息

受害者姓名: _____

邮寄地址: _____

市或镇: _____

州: _____ 邮政编码: _____

住宅电话: _____ 工作电话: _____

手机号码: _____ 电子邮箱: _____

如果您不希望我们按照上述地址联系您, 请提供其他邮寄地址和电话号码:

如受害者为未成年人:

家长或 法定监护人的姓名:

家长/监护人的出生日期: _____

住宅电话: _____ 工作电话: _____

手机号码: _____ 电子邮箱: _____

如果地址与受害者的地址不同, 请填写您的地址:

如果受害者由子女及家庭部 (Dept. of Children & Families, DCF) 监护, 请填写个案工作人员的姓名:

如受害者已故:

遗属姓名: _____

邮寄地址: _____

市或镇: _____

州: _____ 邮政编码: _____

住宅电话: _____ 工作电话: _____

手机号码: _____ 电子邮箱: _____

遗属的出生日期: _____

与受害者的关系: _____

II. 罪案相关信息

请尽可能详尽地填写以下信息。如果您没有相关信息，可以不填写，我们会尝试从警方或您的受害者服务人员处获取相关资料。

罪案发生日期：_____ 罪案报告日期：_____

嫌疑人的姓名：_____

嫌疑人的出生日期：_____

罪案发生地点所在镇：_____

接获报告的警察局：_____

负责警察姓名：_____

事件编号：_____

罪案类型：（勾选所有适用项）

- | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 纵火 | <input type="checkbox"/> 袭击 | <input type="checkbox"/> 盗窃 |
| <input type="checkbox"/> 对儿童进行身体虐待/忽视儿童 | | |
| <input type="checkbox"/> 儿童色情 | <input type="checkbox"/> 儿童性虐待 | |
| <input type="checkbox"/> 家庭暴力 | | |
| <input type="checkbox"/> DUI（在酒精或其他物质的影响下驾驶） | | |
| <input type="checkbox"/> 诈骗/金融犯罪 | <input type="checkbox"/> 谋杀 | <input type="checkbox"/> 人口贩卖 |
| <input type="checkbox"/> 绑架 | <input type="checkbox"/> 其他与车辆相关的罪行 | <input type="checkbox"/> 抢劫 |
| <input type="checkbox"/> 性侵犯 | <input type="checkbox"/> 跟踪 | <input type="checkbox"/> 恐吓 |
| <input type="checkbox"/> 其他_____ | | |

是否有私人律师为您代理与此罪案有关的民事诉讼或保险诉讼案？ 是 否

律师姓名：_____

电子邮箱：_____ 电话：_____

III. 赔偿申请

请尽可能详尽地填写以下信息。如果您没有相关信息，可以不填写。

本人现申请赔偿与此罪案相关的以下损失：

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 儿童看顾 | <input type="checkbox"/> 在犯罪过程中被带走、丢失、毁坏的眼镜、助听器、假牙或其他假肢 |
| <input type="checkbox"/> 咨询 | |
| <input type="checkbox"/> 清理罪案现场 | |
| <input type="checkbox"/> 牙科护理 | |

- 丧葬费用
- 抚养费损失
- 因误工而损失的工资
- 医疗
- 路费/油费
- 为在此罪案中受伤或死亡的宠物所支付的费用

- 宠物寄养
- 租房/搬家
- 安全/安保
- 临时生活费
- 差旅费/交通费
- 其他：_____

➔ 请将您收到的与此罪案相关的所有账单邮寄给受害者赔偿计划。如果您正在寻求与此罪案相关的治疗，则请在下方注明提供者的姓名和电话号码：

牙医：_____ 电话：_____

医生：_____ 电话：_____

医院：_____ 电话：_____

咨询顾问：_____ 电话：_____

殡仪馆：_____ 电话：_____

保险信息：

受害者是否有健康保险？ 是 否

如果回答“是”，保险公司的名称为：

- Medicaid Medicare MVP Blue Cross/Blue Shield Cigna

其他：_____ 保险 ID #：_____

家长、监护人或遗属是否有健康保险？ 是 否

如果回答“是”，保险公司的名称为：

- Medicaid Medicare MVP Blue Cross/Blue Shield Cigna

其他：_____ 保险 ID #：_____

雇主姓名： _____

地址： _____

市/镇： _____ 州： _____ 邮政编码： _____

电话： _____ 雇主电子邮箱： _____

在职联系人姓名： _____

由于此罪案，本人曾在以下日期误工：

误工日期：

原因：

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 1. _____ |
| 2. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 3. _____ |
| 4. _____ | 4. _____ |

请注意：如果您申请工资损失（误工时间）赔偿，我们会联系您的雇主。

您的误工时间是否获得工资？ 是 否

→ 如果在此后您因为与此罪案相关的原因误工，请联系我们提供本次未填写的日期。

IV. 选填信息

您从何处得知受害者赔偿计划？

- 咨询顾问
- 子女及家庭部
- 受害者服务人员
- 医院
- 警方
- 电视
- 互联网
- 广播
- 服务残障人士的组织
- 其他（请注明）_____

以下为选填信息，收集这些信息是为遵守联邦条例，并且仅用于统计目的。

种族/族裔：（自述）

- 美洲印第安人或阿拉斯加原住民
- 亚裔
- 黑人或非裔美国人
- 西班牙裔或拉丁裔
- 夏威夷原住民或其他太平洋岛民
- 非拉丁裔白种人或高加索人
- 其他种族
- 多种族

性别：（自述） 男 女 自我认同： _____

为了更好地帮助您，请问您是否因以下情况而需要便利安排？

（选填）

- 视力障碍
- 失聪或听力障碍
- 身体障碍
- 心理健康诊断
- 智力障碍

如果有以上未列出的障碍，请在此处注明： _____

请告知您需要我们提供哪些便利安排：

- 美国手语翻译 口译服务
- 大字体印刷材料
- 沟通援助（请注明）： _____

如有其他需要，请注明： _____

所有县都在州律师办公室有受害者服务人员。如果有关于法庭程序的任何问题，我们建议您致电您所在县的服务人员。如需获取受害者服务人员的联系信息，请拨打受害者赔偿计划电话：

1-800-750-1213（语音—仅限佛蒙特州）

或 1-802-241-1250（语音）

转下页

您必须在以下三 (3) 处签字并填写日期，才有资格获取受害者赔偿。

信息获取授权书

本人特此自愿授权，根据《健康保险携带与责任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA, 42USC § 132d et seq) 的隐私规定，照护或检查下述受害者的任何医院、诊所、医生、医疗保健提供者或其他人士；提供相关服务的丧葬承办人、保险公司、咨询顾问、律师或其他人士；受害者或索赔者的任何雇主；任何警方或政府机构，包括州或联邦税务局；或有相关信息的任何组织，皆可就此索赔事件向佛蒙特州受害者赔偿计划提供其持有的任何和全部信息。此授权书的复印件与原件具有同等效力和有效性，除非法律另有规定。禁止进一步发布此信息。本人知晓，此授权书有效期为自签署日期起一年，除非本人另行指定失效日期。

本人进一步知晓，本人可以在任何时候通过书面通知受害者赔偿计划撤销此授权书，但已依据此授权书进行的行为不受该等撤销影响。

其他失效日期（如有需要）： _____

受害者姓名： _____ 出生日期： _____

受害者或遗属签名： _____ 日期： _____

如果受害者未满 18 岁，家长或监护人请签名： _____

日期： _____

还款、归还及代位同意书

谨代表本人、本人的代理人、继承人或受扶养人，本人知晓，一旦本人获得犯罪者、民事诉讼或保险公司的赔偿，根据佛蒙特州法律规定，本人须联系受害者赔偿计划并归还赔偿款项，并且受害者赔偿计划对本人从此罪案中追回的任何款项具有留置权。本人也知晓，如果本人聘请律师代理与罪案相关的任何诉讼，本人必须通知受害者赔偿计划。本人知晓，本人的签名表示本人同意此同意书详列的所有声明。

受害者姓名： _____ 出生日期： _____

受害者或遗属签名： _____ 日期： _____

如果受害者未满 18 岁，家长或监护人请签名： _____

日期： _____

保证声明

本人保证，据本人所知，此申请表中的信息真实准确。

受害者或遗属签名： _____ 日期： _____

如果受害者未满 18 岁，家长或监护人请签名： _____

日期： _____