

## Formulário de Indenização para Despesas de Terapia devido a Agressão Sexual

Preencha o formulário e envie por correio, e-mail ou fax para:

Victims Compensation Assistance Program (VCAP)

P.O. Box 1167

Harrisburg PA 17108-1167

(800) 233-2339 ou (717) 783-5153

FAX (717) 787-4306

E-mail: ra-davesupport@pa.gov

### SEÇÃO 1 Informações da vítima

Nome da vítima \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_

Número de Seguridade Social \_\_\_\_\_ Endereço \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ Número de telefone \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Você tem seguro de saúde? sim \_\_\_\_ não \_\_\_\_

O seu seguro de saúde foi aplicado às despesas de terapia? sim \_\_\_\_ não \_\_\_\_

Valores foram solicitados ou recebidos de outras fontes como resultado da agressão sexual (ou seja, acordo civil, restituição etc.)? sim \_\_\_\_ não \_\_\_\_

*Se a vítima for menor de 18 anos, o(a) pai/mãe/responsável da vítima ou o indivíduo que assume a obrigação financeira das despesas de terapia deverá preencher a seção abaixo e assinar na segunda página como requerente.*

Nome do requerente \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_

Número de Seguridade Social \_\_\_\_\_ Endereço \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ Número de telefone \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Vínculo com a vítima \_\_\_\_\_

### SEÇÃO 2 Informações sobre o crime

**Uma vítima de agressão sexual não precisa denunciar o crime ou falar com as autoridades policiais para que as despesas de terapia sejam cobertas pelo processo de Indenização para Despesas de Terapia devido a Agressão Sexual. As perguntas a seguir são feitas para ajudar a determinar a qual nível de benefícios você pode ser elegível.**

Data aproximada da agressão sexual \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)

Local do crime: Condado: \_\_\_\_\_ Estado: Pensilvânia

*Se você denunciou o crime às autoridades policiais, poderá ser elegível a benefícios adicionais. O crime foi denunciado a alguma autoridade (autoridades policiais, promotor público, serviços de proteção à criança)? sim \_\_\_\_ não \_\_\_\_ Você tem interesse em saber mais sobre esses benefícios? sim \_\_\_\_ não \_\_\_\_ Se você marcou sim, a equipe do Programa entrará em contato com você para discutir a elegibilidade para esses benefícios.*

### SEÇÃO 3 Informações do prestador de serviço de terapia Para serviços prestados a partir de 26/11/2019.

Se tiver cópias das faturas de terapia detalhadas e das declarações de benefícios do seguro (se aplicável e disponível), envie-as com o formulário de indenização. Caso não tenha as cópias, solicitaremos ao prestador listado abaixo.

Nome do prestador \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Número de telefone \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Número de fax \_\_\_\_\_

# Formulário de Indenização para Despesas de Terapia devido a Agressão Sexual

A lei estipula especificamente que os recursos só podem ser pagos para despesas de terapia devidas ao profissional de saúde (ou seja, terapia de saúde mental fornecida por um psiquiatra, psicólogo, terapeuta profissional licenciado ou assistente social licenciado). Isso se aplica apenas a datas de serviços a partir de 26/11/2019.

## SEÇÃO 4 Informações estatísticas

As informações a seguir são usadas apenas para fins estatísticos. O fornecimento de informações nesta seção é estritamente voluntário.

Tipo de agressor: Clero \_\_\_\_\_ Família \_\_\_\_\_ Estranho \_\_\_\_\_ Professor \_\_\_\_\_ Treinador \_\_\_\_\_ Líder de grupo \_\_\_\_\_  
Médico \_\_\_\_\_ Cuidador \_\_\_\_\_ Parceiro íntimo \_\_\_\_\_ Outro \_\_\_\_\_

Você já apresentou um pedido de indenização anteriormente junto ao Programa de Assistência para Indenização de Vítimas?  
Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Em caso afirmativo, informe o número do pedido (se conhecido): \_\_\_\_\_

## SEÇÃO 5 Assinaturas obrigatórias

### Acordos de confirmação e reembolso

*O Acordo de Confirmação e Reembolso deve ser assinado antes do início do processo de análise do pedido.*

Minha assinatura abaixo significa que compreendo cada uma das seguintes afirmações ou questões de direito:

Qualquer vítima ou requerente que, consciente ou intencionalmente, apresente ou faça com que sejam apresentadas informações falsas ou forjadas relacionadas a um pedido, poderá ter benefícios negados e estar sujeito a sanções penais apropriadas de acordo com as leis estaduais.

Compreendo que o Fundo de Indenização de Vítimas de Crime é o pagador de último recurso. Concordo especificamente em informar o Programa e reembolsar o estado quaisquer recursos que eu possa receber de qualquer outra fonte que ainda não tenha sido considerada, como resultado do crime e na extensão da indenização. Ou seja, concordo em reembolsar qualquer recurso que receba do agressor, de qualquer outra pessoa ou fonte, que me compense pelo dano que sofri, incluindo qualquer indenização por danos morais. Concordo ainda que, se o pedido for a qualquer momento considerado incorreto, falso ou fraudulento, reembolsarei ao Programa todas as quantias pagas pelo Programa.

X \_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente Data

### Acordo de divulgação e autorização da HIPAA

*Esta Autorização deve ser assinada antes do início do processo de análise do pedido.*

Autorizo, em conformidade com os regulamentos de privacidade da HIPAA (Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Seguros de Saúde [Health Insurance Portability and Accountability Act], 42 U.S.C. § 1320d e seguintes), qualquer hospital, médico, profissional de saúde ou outra pessoa que tenha atendido, examinado ou prestado tratamento para \_\_\_\_\_ (nome da vítima em letra de forma) a fornecer ao Departamento de Serviços para Vítimas e ao Programa de Assistência para Indenização de Vítimas toda e qualquer informação em sua posse relacionada ao crime que é a base deste pedido. Cópias desta autorização podem ser usadas no lugar do original. \*\*Compreendo que posso revogar esta autorização a qualquer momento, fornecendo ao Departamento de Serviços para Vítimas e ao Programa de Assistência para Indenização de Vítimas uma solicitação por escrito e datada para fazê-lo. Além disso, esta autorização expira em 5 anos a partir da data de minha assinatura abaixo ou na data em que este pedido for encerrado, o que ocorrer primeiro.

X \_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente Data

**Victims Compensation Assistance Program (VCAP)**  
**P.O. Box 1167**  
**Harrisburg PA 17108-1167**

**(800) 233-2339 ou (717) 783-5153**  
**FAX (717) 787-4306**  
**E-mail: ra-davesupport@pa.gov**