

Endereço de correspondência:

P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Endereço:

3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Telefone, fax e e-mail:

(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Site: www.pcv.pccd.pa.gov

Você pode preencher e enviar este formulário para o endereço listado acima ou apresentar on-line pelo site <https://www.dave.pa.gov>

Formulário do Programa de Assistência de Indenização a Vítimas

Leia as informações abaixo antes de preencher este formulário.

Você pode ser elegível para indenização se:

- O crime ocorreu na Pensilvânia.
- O crime foi denunciado às autoridades competentes no prazo de 3 dias.
- Você colabora com as autoridades policiais que investigam o crime, os tribunais e o Programa de Assistência de Indenização a Vítimas no processamento do pedido (algumas exceções se aplicam).
- Prazos para apresentação podem se aplicar. Acesse www.pcv.pccd.pa.gov ou ligue para 1-800-233-2339 para obter informações adicionais sobre os requisitos para apresentação.
- Requisitos mínimos de prejuízos podem se aplicar. Acesse www.pcv.pccd.pa.gov ou ligue para 1-800-233-2339 para obter informações adicionais sobre os requisitos para apresentação.

Você pode ser indenizado por:

Despesas médicas	Despesas de transporte
Despesas de acompanhamento psicológico	Creche
Perda de rendimentos	Despesas de assistência médica domiciliar
Perda de apoio	Dinheiro roubado (se a sua principal fonte de renda for
Despesas com mudança	Aposentadoria pela Previdência Social, Renda por invalidez,
Despesas de funeral	Renda complementar, Benefícios de sobrevivente,
Limpeza da cena do crime	Aposentadoria/Pensão(ões), Invalidez ou Pensão alimentícia para filho/cônjuge ordenada pelo Tribunal)

Uma concessão máxima geral não deve ultrapassar US\$ 35.000; no entanto, determinados benefícios, como acompanhamento psicológico e limpeza da cena do crime, podem ser pagos acima do máximo. Limites monetários se aplicam à maioria dos benefícios.

O Programa não cobre:

- Danos morais.
- Propriedade roubada ou danificada (exceto substituição de equipamento médico roubado ou danificado).

Um pedido pode ser considerado inelegível ou uma concessão pode ser reduzida se a conduta da vítima contribuiu para o dano.

Formulário do Programa de Assistência de Indenização a Vítimas

Sua colaboração com o Programa e o envio de informações completas e precisas nos ajudarão a processar seu pedido em tempo hábil.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE: Você não precisa esperar até que o julgamento termine ou que todas as suas contas sejam recebidas para apresentar um pedido. Você pode apresentar um pedido mesmo que não se tenha conhecimento do infrator ou uma prisão não tenha sido efetuada.

Instruções gerais para enviar seu pedido:

- Escreva em letra de forma de maneira clara.
- Preencha apenas as seções que se aplicam ao seu pedido.
- Forneça um endereço de correspondência preciso, um número de telefone seguro ou endereço de e-mail onde você possa ser encontrado durante o dia.
- Forneça o maior número possível de documentos solicitados ao apresentar o seu pedido. Você pode enviar o seu pedido mesmo que não tenha todos os documentos necessários. O Programa pode solicitar informações adicionais assim que o pedido for recebido.
- Assine a **Confirmação e acordo de reembolso, a Autorização para obter informações** e o **Acordo de divulgação e autorização da HIPAA** (se aplicável) no verso do formulário de solicitação.
- Caso precise de ajuda para apresentar o seu pedido, entre em contato com o Programa de Atendimento a Vítimas, listado no verso deste formulário. Se nenhuma agência estiver listada, você pode entrar em contato com o Programa de Assistência de Indenização a Vítimas, pelo telefone (800) 233-2339, para obter assistência.

Observação: É importante que você informe ao Programa se alterar seu endereço de correspondência, número de telefone ou endereço de e-mail. Para processar seu pedido, precisamos entrar em contato com você.

O Programa de Assistência de Indenização a Vítimas é o pagador de último recurso. Isso significa que sua concessão será reduzida pelo dinheiro que você receber de qualquer outra fonte como resultado de crime, como seguro, restituição e acordos de ações civis, incluindo dinheiro recebido por danos morais.

Faremos todos os esforços para processar seu pedido da forma mais rápida e eficiente possível.

Formulário do Programa de Assistência de Indenização a Vítimas Pedido nº _____

Informações da vítima

Nome _____ Data de nascimento ____/____/____ Nº de Seguridade Social _____
Endereço _____ Cidade _____ Estado _____ CEP _____
Condado _____ Telefone diurno _____ E-mail _____

Informações do requerente Se a vítima for o requerente, marque aqui: O requerente deve ter 18 anos ou mais.

Nome _____ Data de nascimento ____/____/____ Nº de Seguridade Social _____
Endereço _____ Cidade _____ Estado _____ CEP _____
Condado _____ Telefone diurno _____ E-mail _____
Parentesco com a vítima _____

Informações sobre o crime

Data do crime ____/____/____ Data em que foi comunicado à Polícia ou PFA foi apresentada ____/____/____
Aconteceu no trabalho? Sim Não Os danos foram causados por um veículo motorizado? Sim Não
Local do crime (nome e número da rua) _____
Cidade _____ Estado _____ Condado _____
Departamento de Polícia _____ Número do incidente da polícia _____
Pessoa(s) que cometeu(ram) o crime _____
Descreva brevemente o crime e os danos: _____

Preencha a(s) seção(ões) referente(s) aos benefícios que você está solicitando e forneça o máximo de documentos solicitados que puder neste momento. O Programa pode solicitar informações adicionais assim que o pedido for recebido.

Benefício: Despesas médicas/de acompanhamento psicológico

Você teve despesas médicas? Sim Não Você teve despesas de acompanhamento psicológico? Sim Não
Você tem seguro para cobrir suas despesas médicas/de acompanhamento psicológico? Sim Não
Forneça contas médicas ou de acompanhamento psicológico discriminadas e declarações de benefícios de seguro, se aplicável.

Benefício: Despesas de funeral/Perda de apoio

Você teve despesas de funeral? Sim Não
Você recebeu algum dinheiro devido a morte? (seguro de vida, benefício da Previdência Social por morte) Sim Não
Você ou outras pessoas dependiam financeiramente da vítima falecida? Sim Não
Forneça cópias das contas/recibos de funeral discriminados e declarações de quaisquer benefícios recebidos.

Benefício: Perda de rendimentos

Datas em que você faltou ao trabalho ____/____/____
Nome e endereço do empregador: _____
Nome e endereço do médico que pode verificar se você faltou ao trabalho por causa do crime _____

Benefício: Dinheiro roubado

Quantia roubada? US\$ _____
Um dos seguintes benefícios deve ser sua principal fonte de renda para apresentar uma solicitação por dinheiro roubado. Marque todas as opções que se aplicam.
 Benefício da Previdência Social Aposentadoria/Pensão Invalidez Pensão alimentícia para filho/cônjuge ordenada pelo Tribunal
Você tem seguro de proprietário/locatário? Sim Não Você é obrigado a apresentar declaração de imposto de renda da Receita Federal (IRS)? Sim Não
Forneça cópias de sua declaração mensal de benefícios referente ao mês/ano do crime, página de declaração de seguro e declarações de imposto de renda mais recentes, se aplicável.

Benefício: Mudança, limpeza da cena do crime, despesas de transporte

Você teve que se mudar devido ao crime? Sim Não
Você teve despesas de limpeza da cena do crime? Sim Não
Você teve despesas de transporte? Sim Não

Representação por outras pessoas

Você está representado neste caso por um advogado: Ao apresentar este pedido de indenização? Sim Não
Em uma ação civil? Sim Não Em uma ação de seguro? Sim Não

Informações do Programa de Atendimento a Vítimas

Para obter ajuda na apresentação do seu pedido, ligue para a agência listada aqui. Se nenhuma agência estiver listada, ligue para 800-233-2339 para obter assistência.

Confirmação e acordos de reembolso e Autorização para obter informações**A Confirmação e acordo de reembolso e a Autorização para obter informações devem ser assinados antes que um pedido possa ser verificado e processado para pagamento.**

Confirmação e acordo de reembolso: A decisão de aprovar meu pedido é do Programa. Posso me opor a toda ou parte da decisão do Programa por escrito no prazo de 30 dias a partir da data da decisão. Devo provar o valor exato de minhas perdas antes que o Programa considere conceder uma indenização do Fundo de Indenização de Vítimas de Crime. Poderei posteriormente solicitar o reembolso de quaisquer despesas adicionais incorridas relacionadas ao crime. Meu pedido pode ser recusado, caso eu não colabore totalmente com as autoridades policiais, os tribunais e o Programa, ou não mantenha um endereço válido junto ao Programa. Fazer uma alegação falsa será considerado uma infração penal de acordo com 18 P.S. § 11.1303 da Lei de Vítimas de Crime. Fazer uma declaração falsa neste formulário de solicitação com a intenção de enganar o Programa será considerado uma infração penal de acordo com 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificação não juramentada. Fazer uma declaração falsa na qual o Programa se baseie para conceder indenização é considerado uma infração penal de acordo com 18 Pa.C.S. § 3922, Estelionato.

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 fundos que eu possa receber de qualquer outra fonte que ainda não tenha sido considerada, como resultado do crime e na extensão da concessão. Ou seja, concordo em reembolsar quaisquer fundos que venha a receber do infrator ou de qualquer outra pessoa ou fonte, que me indenize pelo dano que sofri, incluindo recursos de uma apólice de seguro, bem como qualquer concessão ou acordo de uma ação civil, que seja decorrente do crime que é a base deste pedido. Concordo ainda que, se o pedido for a qualquer momento considerado incorreto, falso ou fraudulento, reembolsarei ao Programa todas as quantias pagas pelo Programa.

Autorização para obter informações: Autorizo qualquer agente funerário ou outra pessoa que tenha prestado serviços relacionados, qualquer empregador da vítima ou requerente, qualquer polícia ou agência governamental, incluindo autoridades fiscais estaduais ou federais, qualquer seguradora ou qualquer organização com conhecimento relevante a fornecer ao Departamento de Serviços para Vítimas e ao Programa de Assistência de Indenização a Vítimas, toda e qualquer informação em sua posse com relação ao crime que é a base deste pedido.

Assinatura do requerente _____

Data _____

Acordo de divulgação e autorização da HIPAA**Se a solicitação for para despesas médicas ou acompanhamento psicológico, esta confirmação deve ser assinada antes que o processo de verificação do pedido comece.**

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, et seq.), 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 de Indenização a Vítimas, toda e qualquer informação em sua posse com relação 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 de Indenização a 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.

Assinatura do requerente _____

Data _____

Informações estatísticas da vítima**O preenchimento desta seção é estritamente opcional. As informações a seguir são usadas apenas para fins estatísticos.**

Raça/Etnia: Branco Negro/Afro-americano Hispânico/Latino Indígena americano/Nativo do Alasca
 Asiático Nativo do Havaí/Outro ilhéu do Pacífico Outra raça Várias raças

Sexo: _____

Idioma principal: _____

Como ficou sabendo do Programa: Hospital Procuradoria Folheto Polícia Site/Aplicativo
 Programa de Atendimento a Vítimas Outro _____

Endereço de correspondênciaPO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167**Endereço**3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110**Números de telefone e fax**800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)**E-mail**ra-davesupport@pa.gov**Site:**www.pcv.pccd.pa.gov**Apresente on-line pelo site**<https://www.dave.pa.gov>