

Почтовый адрес:

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

Адрес:

3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Тел., факс, эл. адрес:

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

Веб-сайт: www.pcv.pccd.pa.gov

Вы можете подать заполненную форму в почтовом отправлении или онлайн по адресу <https://www.dave.pa.gov>

Короткая форма Программы выплат компенсаций жертвам преступлений

Перед заполнением ознакомьтесь с нижеследующей информацией.

Компенсация может выплачиваться в случае, если:

- Преступление произошло на территории штата Пенсильвания.
- Заявление о преступлении было подано в соответствующие органы в течение 3 дней после его совершения ИЛИ в течение 3 дней после совершения преступления был выдан Судебный охранный ордер (действуют исключения).
- Вы сотрудничаете с правоохранительными органами, занимающимися расследованием преступления, судом и сотрудниками Программы выплат компенсаций жертвам преступлений (действуют исключения).
- Заявление было подано в течение 2 лет после совершения преступления (исключениями являются преступления против несовершеннолетних).
- Вы оплатили или имеете задолженность в сумме не менее 100 долларов США по перечисленным ниже расходам. Для лиц в возрасте 60 лет и старше отсутствует минимально необходимая сумма понесенных расходов.

Вам может быть присуждена денежная компенсация за:

Медицинские расходы

Расходы на услуги адвоката

Расходы в связи с потерей источника дохода

Расходы в связи с потерей материальной поддержки

Расходы на переезд

Расходы на похороны

Расходы на уборку места преступления

Транспортные расходы

Расходы по уходу за ребенком

Расходы на медицинское обслуживание на дому

Украденные наличные средства (если ваш основной источник дохода: социальное пособие, пособие по инвалидности, дополнительное пособие по поддержке дохода, пособие в связи с потерей кормильца, пенсия, пенсия по инвалидности, алименты на содержание детей/супруга (-и), начисляемые по решению суда

Общий размер компенсации не может превышать сумму 35 000 долларов США; в отдельных случаях, определенные расходы, в том числе расходы на услуги адвоката и уборку места преступления, могут быть компенсированы сверх установленного лимита. Для большинства компенсаций установлены финансовые ограничения.

Программа не покрывает убытки, понесенные в связи с:

- Болью и страданиями.
- Кражей или порчей имущества (за исключением замены украденного или поврежденного медицинского оборудования).

Заявление может быть признан несоответствующим требованиям Программы/сумма компенсации может быть уменьшена, если причиной травмирующей ситуации являлось поведение потерпевшего(-ей).

Короткая форма Программы выплат компенсаций жертвам преступлений

Оказание содействия сотрудникам Программы и предоставление полной и точной информации будет способствовать своевременному рассмотрению вашего заявления.

ВАЖНО: Чтобы подать заявление, вам не нужно ждать окончания судебного разбирательства или получения всех счетов. Вы вправе подать заявление, даже если преступник не известен или если арест не был произведен.

Общие инструкции по подаче заявления:

- Распечатайте четкую копию формы.
- Заполните лишь те разделы, которые имеют отношение к вашему заявлению.
- Укажите точный почтовый адрес, действительный номер телефона/адрес электронной почты, по которым можно с вами связаться в течение дня.
- При подаче заявления предоставьте как можно больше запрашиваемых документов. Вы вправе подать заявление, даже если у вас на руках нет всех необходимых документов. Сотрудник Программы может запросить дополнительную информацию после получения заявления.
- Подпишите разделы «Договор о согласии сторон и возмещении расходов», а также «Разрешение на получение информации» на обороте формы.
- Если вам необходима помощь при подаче заявления, обратитесь в отделение Программы помощи жертвам преступлений (контактные данные указаны на обороте формы). При отсутствии каких-либо контактных данных, обратитесь на «горячую» линию Программы выплат компенсаций жертвам преступлений по номеру: (800) 233-2339.

Внимание: обязательно уведомите сотрудников Программы в случае смены вашего почтового адреса, номера телефона или адреса электронной почты. Для обработки вашего заявления мы должны иметь возможность в любое время связаться с вами.

Программа выплат компенсаций жертвам преступлений является плательщиком в последней инстанции. Это означает, что компенсация жертвам преступления может быть уменьшена на сумму выплат, полученных ими из любого другого источника в связи с преступлением (страховки, реституции, компенсации по урегулированию гражданских исков, в том числе компенсации убытков, понесенных в связи с болью и страданиями).

Мы приложим все усилия для рассмотрения вашего заявления в кратчайшие сроки.

Информация о жертве

ФИО _____ Дата рождения / / _____ № соц. страх. _____
 Адрес _____ Город _____ Штат _____ Индекс _____
 Округ _____ Телефон _____ Эл. адрес _____

Информация о заявителе Если жертва не является заявителем, отметьте здесь: Заявитель должен быть старше 18 лет .

ФИО _____ Дата рождения / / _____ № соц. страх. _____
 Адрес _____ Город _____ Штат _____ Индекс _____
 Округ _____ Телефон _____ Эл. адрес _____
 Отношения с жертвой _____

Информация о преступлении

Дата преступления ____/____/____ Дата подачи заявления в полицию или выдачи ордера PFA ____/____/____
 Преступление произошло на рабочем месте? Да Нет
 Являлось ли причиной травмы столкновение с автомобилем? Да Нет
 Место совершения преступления (улица, № дома) _____
 Город _____ Штат _____ Округ _____
 Полицейский участок _____ Номер в реестре преступлений _____
 Лицо(-а), совершившее(-ие) преступление _____
 Краткое описание преступления и полученных травм: _____

Заполните раздел(-ы), касающийся(-еся) компенсаций, на которые вы претендуете, и предоставьте как можно больше имеющихся у вас документов. Сотрудник Программы может запросить дополнительную информацию после получения заявления.

Компенсации: Медицинские расходы/расходы на услуги адвокатов

Вы понесли медицинские расходы? Да Нет Вы понесли расходы на услуги адвоката? Да Нет
 У вас имеется страховка на покрытие медицинских расходов/расходов на услуги адвоката? Да Нет
Предоставьте детализированные счета за медицинские услуги/услуги адвоката, а также квитанции о страховых выплатах (при наличии).

Компенсации: Расходы на похороны/расходы в связи с потерей материальной поддержки

Вы понесли расходы на похороны? Да Нет
 Вы получили какую-либо материальную компенсацию в связи со смертью? (страховка, социальные выплаты в связи со смертью) Да Нет
 Являлись ли вы/другие члены домохозяйства иждивенцами усопшего(-ей)? Да Нет
Предоставьте детализированные счета/квитанции за похоронные расходы и квитанции о начислении любых пособий.

Компенсации: Расходы в связи с потерей источника дохода

Дата увольнения ____/____/____
 Наименование и адрес работодателя: _____
 Имя/адрес врача, который может подтвердить, что вы лишились работы из-за преступления _____

Компенсация: Кража наличных средств

Украденная сумма денег? \$ _____
 Компенсация предоставляется в случае, если вашим основным средством существования является источник, указанный ниже (отметьте все, что применимо):
 Социальное пособие Пенсия Пенсия по инвалидности Алименты на содержание детей/супруга (-и), начисляемые по решению суда
 Имеется ли у вас страховка домовладельца/арендатора Да Нет Обязаны ли вы подавать налоговые декларации в IRS? Да Нет
Предоставьте выписку о начислении ежемесячного пособия за месяц/год совершения преступления, страницу страховой декларации и последнюю поданную налоговую декларацию (если применимо).

Компенсация: Расходы на переезд/ Расходы на уборку места преступления / Транспортные расходы

Вынуждены ли вы были переехать в связи с преступлением?
 Да Нет
 Понесли ли вы расходы в связи с уборкой места преступления
 Да Нет
 Понесли ли вы транспортные расходы?
 Да Нет

Информация о представлении ваших интересов другими лицами

Представляет ли ваши интересы адвокат при: Подаче данного заявления? Да Нет
 В гражданском процессе? Да Нет Подаче страхового иска? Да Нет

Информация о Программе помощи жертвам преступлений

Если вам необходима помощь при подаче заявления, обратитесь в агентство по указанному здесь номеру телефона. При отсутствии каких-либо контактных данных в данном разделе, обратитесь на «горячую» линию: 800-233-2339

**Договор о согласии сторон и возмещении расходов
и
Разрешение на предоставление информации**

Для обработки заявления и последующей выплаты компенсации необходимо подписать «Договор о согласии сторон и возмещении расходов» и «Разрешение на предоставление информации».

Договор о согласии сторон и возмещении расходов: Я осознаю, что решение об утверждении моего заявления принимают уполномоченные сотрудники Программы. Я вправе письменно опротестовать вынесенное решение, как полностью, так и частично, в течение 30 дней с даты его утверждения. Чтобы мое заявление могло быть рассмотрено на предмет предоставления мне компенсации из Фонда компенсации жертвам преступлений, я обязан(-а) указать точную сумму понесенных убытков. В дальнейшем я могу подать заявление на возмещение любых дополнительных расходов, понесенных мною в связи с совершенным преступлением. Я понимаю, что мое заявление может быть отклонено в случае, если я откажусь полноценно сотрудничать с правоохранительными органами, судом и сотрудниками Программы; а также, если я не предоставляю свой действительный адрес и контактные данные (не уведомлю об их изменении). Я осознаю, что подача заявления на основании ложных сведений является уголовным правонарушением и карается в соответствии с Разделом 18 P.S. § 11.1303 «Закона о жертвах преступлений». Предоставление ложных сведений с целью ввести в заблуждение сотрудников Программы является уголовным правонарушением и карается в соответствии с Разделом 18 Pa. C.S. § 4904 «Дача неправдивых показаний». Предоставление ложных сведений, на которые сотрудники программы будут полагаться при вынесении решения о присуждении компенсации, является уголовным правонарушением и карается в соответствии с Разделом 18 Pa.C.S. § 3922 «Хищение путем обмана».

Я понимаю, что Фонд выплат компенсаций жертвам преступлений является плательщиком в последней инстанции. Я обязуюсь предоставить сотрудникам Программы сведения о любых компенсациях в связи с преступлением, полученных мною из других источников, и возместить Штату любые средства, на которые я не имел(-а) права, в размере присужденной мне компенсации. Это означает, что я согласен(-а) вернуть все средства, полученные мною от преступника или от любого другого лица/из другого источника, являющиеся компенсацией в счет понесенного мною ущерба, включая страховые выплаты, а также любые компенсации по урегулированию гражданских исков, которые были получены мною в связи с совершенным преступлением, являющимся предметом заявления. В случае, если в любой момент времени будет установлено, что поданное заявление является ошибочным, ложным или результатом мошеннических действий, я обязуюсь вернуть сотрудникам Программы все выплаченные мне суммы.

Разрешение на предоставление информации: Настоящим я даю разрешение директорам похоронных бюро/иных лиц, оказывающих соответствующие услуги, работодателям жертвы/истца, сотрудникам полиции и любых госучреждений, в том числе федеральных налоговых органов и налоговых служб штата, страховых компаний и прочих организаций, предоставлять Отделу помощи жертвам преступлений и сотрудникам Программы выплат компенсации жертвам преступления, все имеющиеся в их распоряжении сведения о преступлении, являющимся предметом настоящего заявления.

Подпись заявителя

Дата

Соглашение HIPAA п раскрытии информации

Для обработки заявления и последующей выплаты компенсации медицинских расходов/расходов на услуги адвоката, необходимо подписать настоящий раздел.

Настоящим я, в соответствии с положениями о конфиденциальности Закона об унификации и учете в области медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA, 42 U.S.C. § 1320d и последующие), даю разрешение любым медучреждениям, врачам, поставщикам медуслуг и другим лицам, которые присутствовали, проводили осмотр или назначали лечение _____ (имя жертвы преступления печатными буквами), предоставлять Отделу помощи жертвам преступлений и сотрудникам Программы выплат компенсации жертвам преступления, все имеющиеся в их распоряжении сведения о преступлении, являющимся предметом настоящего заявления. Копии данного разрешения имеют юридическую силу оригинала. **Я понимаю, что в любое время могу отозвать данное разрешение, направив в Отдел помощи жертвам преступлений (Программа выплат компенсации жертвам преступления) соответствующий письменный запрос с проставленной датой. Срок действия разрешения истекает через 5 лет с даты подписания или в дату закрытия дела по настоящему заявлению, в зависимости от того, что наступит раньше.

Подпись заявителя

Дата

Статистическая информация о жертвах преступлений

Настоящий раздел заполняется по желанию. Предоставленная информация используется в статистических целях.

Раса/Этническая принадлежность: Белый Черный/Афроамериканец Испанец/Латинос
 Американский индеец/коренной житель Аляски Азиат Коренной житель острова Гавайи/других островов в Тихом океане
 Другое Смешанная раса

Под: _____
Основной язык общения: _____

Как вы узнали о программе: Медучреждение Офис прокурора Брошюра Полицейский участок

Веб-сайт/приложение Программа помощи жертвам преступлений Другое _____

Почтовый адрес

PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Адрес

3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Телефон и факс

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

Email

ra-davesupport@pa.gov

Веб-сайт:

www.pcv.pccd.pa.gov

Подача онлайн <https://www.dave.pa.gov>