

Mailing Address:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Street Address:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Phone, Fax & Email:
(800) 233-2339
(717) 783-5153

Website: www.pcv.pccd.pa.gov

(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

يمكنك إما تعبئة هذا النموذج وترسله بالبريد إلى العنوان المذكور أعلاه أو تقديمه عبر الإنترنت إلى
<https://www.dave.pa.gov>

نموذج قصير لبرنامج المساعدة في تعويض الضحايا

إن كونك شخصاً متأثراً بجريمة يمكن أن يسبب في بعض الأحيان ردود فعل ساحقة. يرجى أخذ وقتك في تعبئة نموذج المطالبة. يرجى قراءة ما يلي بعناية ودقة قبل تعبئة هذا النموذج، حيث أن المعلومات التالية مهمة فيما يتعلق بتقديم المطالبة.

قد تكون مؤهلاً للحصول على تعويض إذا:

- وقعت الجريمة في ولاية بنسلفانيا.
- تم الإبلاغ عن الجريمة إلى السلطات المختصة.
- أنت تتعاون مع سلطات إنفاذ القانون التي تحقق في الجريمة والمحاكم وبرنامج مساعدة تعويض الضحايا في معالجة المطالبة (تتطبق بعض الاستثناءات).
- قد يتم تطبيق مواعيد نهائية لتقديم الطلبات. يرجى زيارة www.pcv.pccd.pa.gov أو الاتصال بالرقم 1-800-233-2339 للحصول على معلومات إضافية حول متطلبات تقديم الطلبات.
- قد يتم تطبيق الحد الأدنى من متطلبات الخسارة. يرجى زيارة www.pcv.pccd.pa.gov أو الاتصال بالرقم 1-800-233-2339 للحصول على معلومات إضافية حول متطلبات تقديم الطلبات.

ربما تكون مؤهلاً للحصول على تعويض عن:

مصاريف النقل رعاية الأطفال نفقات الرعاية الصحية المنزلية أموال نقد مسروقة (إذا كان مصدر دخلك الرئيسي هو تقاعد الضمان الاجتماعي، أو دخل إعاقة، أو دخل تكميلي، أو استحقاقات الباقين على قيد الحياة، أو التقاعد/المعاشات التقاعدية، أو الإعاقة، أو دعم طفل/زوج بأمر من محكمة)	النفقات الطبية مصاريف الإرشاد فقدان دخل فقدان دعم مصاريف الانتقال تكاليف الجنازات تنظيف مسرح الجريمة
---	--

يجب ألا يتجاوز الحد الأقصى الإجمالي للمنحة 35,000 دولار؛ ومع ذلك، قد يتم دفع منافع معينة، مثل نفقات الإرشاد وتنظيف مسرح الجريمة زيادة عن وبالإضافة إلى الحد الأقصى. تنطبق الحدود النقدية على معظم المنافع.

البرنامج لا يغطي:

- الألم والمعاناة.
 - الممتلكات المسروقة أو المتضررة (باستثناء استبدال المعدات الطبية المسروقة أو المتضررة).
- قد يتم اتخاذ قرار بأن بعض المنافع غير مستحقة أو قد يتم تخفيض التعويض إذا كان سلوك الضحية قد ساهم في إحداث الضرر.

نموذج قصير لبرنامج المساعدة في تعويض الضحايا

إن تعاونك مع البرنامج وتقديم معلومات كاملة ودقيقة سيساعدنا في العمل على مطالبتك في الوقت المناسب.

ملاحظة هامة: ليس عليك الانتظار حتى انتهاء الفترة التجريبية أو استلام جميع فواتيرك لتقديم مطالبة. يمكنك تقديم مطالبة إذا لم يكن هناك مجرم معروف أو إذا لم يتم القبض على أحد.

تعليمات عامة لتقديم مطالبتك:

- يرجى الكتابة بحرف منفصلة وواضحة.
- عبيء تلك الأقسام التي تنطبق على مطالبتك فقط.
- أعط عنوان بريدي دقيق أو رقم هاتف آمن أو عنوان بريد إلكتروني يمكنك الوصول إليه خلال اليوم. من المهم أن تقوم بإبلاغ البرنامج إذا قمت بتغيير عنوانك البريدي أو رقم هاتفك أو عنوان بريدك الإلكتروني. للعمل على مطالبتك، يجب أن تتمكن من الاتصال بك.
- قدم أكبر عدد ممكن من الوثائق المطلوبة عند تقديم المطالبة. يمكنك تقديم المطالبة حتى لو لم يكن لديك جميع الوثائق المطلوبة. قد يطلب البرنامج معلومات إضافية بعد استلام المطالبة.
- وقّع على أقسام اتفاقية الإقرار والتعويض والتفويض للحصول على المعلومات واتفاقية HIPPA للتفويض والإفراج (إن أمكن) المثبتة في الجزء الخلفي من نموذج المطالبة.
- إذا كنت ترعب في الحصول على مساعدة في تقديم مطالبتك، فيمكنك الاتصال ببرنامج خدمة الضحايا المدرج في الجزء الخلفي من هذا النموذج. إذا لم يتم إدراج أي وكالة، فيمكنك الاتصال ببرنامج المساعدة في تعويض الضحايا على الرقم 233-2339 (800) للحصول على المساعدة.

إن برنامج المساعدة في تعويض الضحايا هو دافع الملاذ الأخير. وهذا يعني أنه سيتم تخفيض جائزتك بمقدار الأموال التي تتلقاها من أي مصدر آخر نتيجة للجريمة، مثل التأمين والتعويض وتسويات الدعاوى المدنية، بما في ذلك الأموال المستلمة مقابل الألم والمعاناة.

سنبتل قصارى جهدنا لمعالجة مطالبتك بأسرع ما يمكن وبكفاءة.

ربما ترغب في زيارة موقعنا على www.pcv.pccd.pa.gov للحصول على معلومات حول:

- حقوقك
- كيفية الحصول على المساعدة في مقاطعتك
- كيف يمكن أن تؤثر الجريمة عليك
- الخطوات في أنظمة العدالة الجنائية وقضاء الأحداث
- وغيرها من المعلومات القيمة

معلومات الضحية

الإسم _____ تاريخ الولادة ____ / ____ / ____ رقم الضمان الاجتماعي _____
 العنوان _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____
 المقاطعة _____ الهاتف في النهار _____ البريد الإلكتروني _____

معلومات مقدم المطالبة

الإسم _____ تاريخ الولادة ____ / ____ / ____ رقم الضمان الاجتماعي _____
 العنوان _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____
 المقاطعة _____ الهاتف في النهار _____ البريد الإلكتروني _____

الصلة بالضحية**معلومات الجريمة**

تاريخ الجريمة ____ / ____ / ____ أو تاريخ إبلاغ PFA ____ / ____ / ____
 هل وقعت أثناء العمل؟ نعم لا هل وقعت الإصابات نتيجة حادث سيارة؟ نعم لا
 موقع الجريمة (اسم الشارع ورقمه) _____

المدينة _____ الولاية _____ المقاطعة _____

إدارة الشرطة _____ رقم الحادث عند الشرطة _____

الشخص (الأشخاص) الذين اقترفوا الجريمة _____

وصف مختصر للجريمة والإصابات _____

يرجى تعبئة القسم (الأقسام) التي تتعلق بالمنافع التي تتقدم للحصول عليها وتقديم أكبر قدر ممكن من الوثائق المطلوبة في هذا الوقت.
 قد يطلب البرنامج معلومات إضافية بعد استلام المطالبة.

المنفعة: نفقات طبية/نفقات إرشاد

هل تكبدت نفقات طبية؟ نعم لا هل تكبدت نفقات إرشاد؟ نعم لا
 هل لديك تأمين لتغطية نفقاتك الطبية/نفقات الإرشاد؟ نعم لا
 قَدِّم فواتير طبية/فواتير إرشاد تفصيلية وبيانات عن منافع التأمين، إن وجدت.

المنفعة: نفقات الجنائز/فقدان دعم

هل تكبدت نفقات للجنائز؟ نعم لا
 هل تسلمت أية مبالغ مالية بسبب الوفاة؟ (تأمين على الحياة، منفعة الوفاة من الضمان الاجتماعي) نعم لا
 هل كنت أنت أو غيرك تعتمد ماليًا على الضحية المتوفاة؟ نعم لا
 قَدِّم نسخ من فواتير / إيصالات تفصيلية للجنائز وبيانات بأية منافع تم الحصول عليها.

المنفعة: فقدان دخل

التواريخ التي فقدت فيها العمل ____ / ____ / ____
 اسم صاحب العمل _____
 وعنوانه _____

اسم وعنوان الطبيب الذي يستطيع أن يثبت أنك فقدت عمل بسبب الجريمة _____

المنفعة: مبالغ نقدية مسروقة

المبلغ المالي المسروق؟ _____ دولار
 يجب أن تكون إحدى المنافع التالية هي مصدر ذلك الرئيسي حتى تتمكن من تقديم طلب للحصول على تعويض عن أموال مسروقة. ضع إشارة على كل ما ينطبق. منفعة ضمان اجتماعي تقاعد/معاش إعاقة دعم طفل/زوج أو زوجة بأمر من محكمة
 هل لديك تأمين مالك منزل/مستأجر؟ نعم لا هل أنت مطالب بتقديم إقرارات ضريبية IRS لمصلحة الضرائب؟ نعم لا

قدّم نسخ من بيانات منافعك الشهرية لشهر/سنة الجريمة، وصفحة إقرار التأمين وأحدث الإقرارات الضريبية، إن وجدت.

المنفعة: نفقات الانتقال من المكان، تنظيف مسرح الجريمة، النقل

هل اضطررت إلى الانتقال من المكان بسبب الجريمة؟ نعم لا
هل تكبدت نفقات لتنظيف مسرح الجريمة؟ نعم لا
هل تحملت مصاريف نقل؟ نعم لا

التمثيل من قبل آخرين

هل يمثلك في هذا المسألة محام؟ في رفع دعوى التعويض هذه؟ نعم لا
في دعوى مدنية؟ نعم لا في دعوى تأمين؟ نعم لا

معلومات برنامج خدمة الضحايا

للحصول على مساعدة في تقديم مطالبتك، يرجى الاتصال بالوكالة المذكورة هنا. إذا لم يتم إدراج أي وكالة، يرجى الاتصال بالرقم 800-233-2339 للحصول على المساعدة.

يجب التوقيع على اتفاقية الإقرار والتعويض والتفويض للحصول على معلومات قبل إمكانية التحقق من المطالبة والعمل عليها.

اتفاقيات الإقرار والتعويض

والترخيص للحصول على معلومات

اتفاقية الإقرار والتعويض: فرار الموافقة على مطالبتي هو فرار البرنامج. يجوز لي أن اعترض على الكل أو على جزء من فرار البرنامج خطياً خلال 30 يوماً من تاريخ القرار. يجب أن أثبت المبلغ الدقيق لخسائري قبل أن ينظر البرنامج في منح تعويض من صندوق تعويض ضحايا الجرائم. يجوز لي لاحقاً تقديم طلب لتعويض أبة نفقات إضافية تم تكديها فيما يتعلق بالجريمة. يجوز أن يتم رفض مطالبتي إذا لم أتعاون بشكل كامل مع وكالات إنفاذ القانون والمحاكم والبرنامج، أو إذا لم أحتفظ بعنوان صالح لدى البرنامج. إن تقديم ادعاء كاذب سيكون بمثابة جريمة جنائية بموجب المادة 18 P.S. § 11.1303 من قانون ضحايا الجرائم. إن تقديم بيان كاذب في نموذج المطالبة هذا بقصد تضليل البرنامج سيكون بمثابة جريمة جنائية بموجب المادة 18 Pa. C.S. § 4904، التزيف غير المحلف. يعد تقديم بيان كاذب مما يعتمد عليه البرنامج لتقديم تعويض جريمة جنائية بموجب المادة 18 Pa.C.S. § 3922، السرقة عن طريق الخداع.

أدرك أن صندوق تعويض ضحايا الجرائم هو الملاذ الأخير للدفع. أوافق على وجه التحديد على إبلاغ البرنامج وسداد أية أموال قد أتلقاها من أي مصدر آخر لم يتم النظر فيها بالفعل، نتيجة للجريمة وفي حدود المنحة، وسدادها للكومنولث. وهذا يعني أنني أوافق على سداد أية أموال أتلقاها من الجاني أو من أي شخص أو مصدر آخر، مما يعوضني عن الإصابات التي تعرضت لها، بما في ذلك عائدات بوليصة التأمين، بالإضافة إلى أي قرار أو تسوية من دعوى مدنية والتي كانت تابعة من الجريمة التي هي أساس هذا الادعاء. أوافق أيضاً على أنه إذا تبين في أي وقت أن المطالبة معيبة أو كاذبة أو احتيالية، فسوف أقوم برد جميع المبالغ المالية التي دفعها البرنامج إلى البرنامج.

تفويض الحصول على معلومات: أفض بموجب هذا أي مدير جنازات أو أي شخص آخر قدم خدمات ذات صلة، أو أي صاحب عمل للضحية أو للمدعي، أو أي وكالة شرطة أو وكالة حكومية، بما في ذلك سلطات الضرائب الفيدرالية أو الحكومية، أو أي شركة تأمين، أو أي منظمة لديها معرفة ذات صلة بتزويد مكتب خدمات الضحايا Office of Victims' Services وبرنامج المساعدة في تعويض الضحايا Victims Compensation Assistance Program بأي وجميع المعلومات التي بحوزتهم فيما يتعلق بالجريمة التي تشكل أساس هذه المطالبة

التاريخ

توقيع مقدم الطلب

في حالة التقدم بطلب للحصول على نفقات طبية أو نفقات إرساد، يجب التوقيع على هذا الإقرار قبل أن يمكن البدء في عملية التحقق من المطالبة.

اتفاقية تفويض وإخلاء طرف HIPAA

أسمح بموجب هذا، وفقاً للتعليمات التي تحكم السرية بموجب قانون HIPAA (قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة، 42 U.S.C. § 1320d وما يليه)، لأي مستشفى أو طبيب أو مزود رعاية صحية أو أي شخص آخر حضر أو فحص أو قدم العلاج إلى (اكتب اسم الضحية بحروف منفصلة) لتزويد مكتب خدمات الضحايا، برنامج المساعدة في تعويض الضحايا بأي وجميع المعلومات التي بحوزتهم فيما يتعلق بالجريمة التي تشكل أساس هذه المطالبة. يجوز استخدام نسخ من هذا التفويض بدلاً من الأصل. *أدرك أنه يجوز لي إلغاء هذا التفويض في أي وقت عن طريق تزويد مكتب خدمات الضحايا وبرنامج المساعدة في تعويض الضحايا، بطلب خطي ومؤرخ للقيام بذلك. علاوة على ذلك، تنتهي صلاحية هذا التفويض بعد 5 سنوات من تاريخ توقيعي أدناه أو في تاريخ إغلاق هذه المطالبة، أيهما أقرب.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب

تعبئة هذا القسم أمر اختياري تماماً. تستخدم المعلومات التالية لأغراض إحصائية فقط.

معلومات إحصائية عن الضحايا

العرق/الإثنية: أبيض أسود/أمريكي من أصل إفريقي من أصل إسباني/لاتيني أمريكي هندي/سكان الأسكا الأصليين آسيوي من سكان هاواي الأصليين/سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى بعض الأجناس الأخرى أعراق متعددة
الجنس: _____
اللغة الأساسية: _____

كيف عرفت عن البرنامج: مستشفى المدعي العام الكتيب الشرطة الموقع الإلكتروني/التطبيق

□ برنامج خدمة الضحايا □ غير ذلك

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

عنوان الشارع
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

العنوان البريدي
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

يقدم عبر الإنترنت على <https://www.dave.pa.gov>

الموقع الإلكتروني:
www.pcv.pccd.pa.gov

البريد الإلكتروني
ra-davcsupport@pa.gov