

Adresse postale :
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Nom et numéro de la rue :
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Téléphone, fax et e-mail :
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Site Web : www.pcv.pccd.pa.gov

**Vous pouvez soit remplir et envoyer ce formulaire à l'adresse indiquée ci-dessus,
soit le déposer en ligne à <https://www.dave.pa.gov>**

Formulaire Abrégé du Programme d'Aide à l'Indemnisation des Victimes

Le fait d'être une personne touchée par la criminalité peut parfois provoquer des réactions bouleversantes. Veuillez prendre votre temps pour remplir le formulaire de réclamation. **Veillez lire attentivement et minutieusement ce qui suit avant de remplir ce formulaire, car ce qui suit constitue des informations importantes concernant le dépôt d'une réclamation.**

Vous pourriez avoir droit à une indemnisation si :

- Le crime s'est produit en Pennsylvanie.
- Le crime a été signalé aux autorités compétentes.
- Vous coopérez avec les autorités chargées de l'application de la loi qui enquêtent sur le crime, les tribunaux et le Programme d'Aide à l'Indemnisation des Victimes dans le traitement de la réclamation (certaines exceptions s'appliquent).
- Des délais de dépôt peuvent s'appliquer. Veuillez visiter www.pcv.pccd.pa.gov ou appelez le 1-800-233-2339 pour plus d'informations sur les exigences de dépôt.
- Des exigences de préjudice minimale peuvent s'appliquer. Veuillez visiter www.pcv.pccd.pa.gov ou appelez le 1-800-233-2339 pour plus d'informations sur les exigences de dépôt.

Vous pourriez avoir droit à une indemnisation pour :

Frais médicaux	Frais de transport
Frais de consultation	Garde d'enfant
Perte de revenus	Dépenses de soins de santé à domicile
Perte de soutien	Argent volé (si votre principale source de revenus
Frais de déménagement	est la retraite de la sécurité sociale, rente
Frais funéraires	d'invalidité, revenus supplémentaires, prestations de
Prestations de nettoyage de scène de crime	survivants, retraite/pension(s), invalidité, ou pension alimentaire pour enfants/époux ordonnée par le tribunal)

L'attribution maximale globale ne doit pas dépasser 35 000 \$; cependant, certaines prestations, telles que des consultations et le nettoyage des lieux du crime, peuvent être versées au-delà du maximum. Des limites monétaires s'appliquent à la plupart des prestations.

Le programme ne couvre pas :

- La douleur et la souffrance.
- Biens volés ou endommagés (sauf remplacement de matériel médical volé ou endommagé).

Certaines prestations peuvent être jugées inadmissibles ou l'indemnisation peut être réduite si la conduite de la victime a contribué au préjudice.

Formulaire Abrégé du Programme d'Aide à l'Indemnisation des Victimes

Votre coopération avec le programme et la soumission d'informations complètes et exactes nous aideront à traiter votre demande en temps opportun.

NOTE IMPORTANTE : Vous n'avez pas besoin d'attendre la fin du procès ou la réception de toutes vos factures pour déposer une réclamation. Vous pouvez déposer une plainte s'il n'y a aucun contrevenant connu ou si aucune arrestation n'a été effectuée.

Instructions générales pour soumettre votre réclamation :

- Veuillez écrire clairement.
- Remplissez uniquement les sections qui s'appliquent à votre demande.
- Fournissez une adresse postale précise, un numéro de téléphone sécurisé ou une adresse e-mail où vous pouvez être contacté pendant la journée. Il est important que vous informiez le Programme si vous modifiez votre adresse postale, votre numéro de téléphone ou votre adresse électronique. Pour traiter votre réclamation, nous devons pouvoir vous contacter.
- Fournissez autant de documents demandés que possible lors du dépôt de la réclamation. Vous pouvez soumettre la réclamation même si vous ne disposez pas de tous les documents requis. Le Programme peut demander des informations supplémentaires une fois la réclamation reçue.
- Signez les sections **Accusé de réception et Accord de Remboursement et Autorisation d'obtenir des informations** et **Accord d'autorisation et de décharge HIPPA** (le cas échéant) au dos du formulaire de réclamation.
- Si vous souhaitez de l'aide pour déposer votre réclamation, vous pouvez contacter le Programme de Service aux Victimes indiqué au dos de ce formulaire. Si aucune agence n'est répertoriée, vous pouvez contacter le Programme d'Aide à l'Indemnisation des Victimes au (800) 233-2339 pour obtenir de l'aide.

Le Programme d'Aide à l'Indemnisation des Victimes est le payeur de dernier recours. Cela signifie que votre indemnité sera réduite des sommes que vous recevez de toute autre source à la suite du crime, comme l'assurance, la restitution et le règlement des poursuites civiles, y compris les sommes reçues pour douleur et souffrance.

Nous mettrons tout en œuvre pour traiter votre réclamation le plus rapidement et le plus efficacement possible.

Vous souhaitez peut-être visiter notre site Web à l'adresse www.pcv.pccd.pa.gov pour des informations sur :

- vos droits
- comment obtenir de l'aide dans votre comté
- comment le crime peut vous affecter
- les étapes du système de justice pénale et pour mineurs
- et d'autres informations précieuses

Formulaire Abrégé du Programme d'Aide à l'Indemnisation des Victimes

Réclamation n° : _____

Informations sur les victimes

Nom _____ Date de naissance ___/___/___ N° de sec. sociale _____
Adresse _____ Ville _____ État _____ Code postal _____
Comté _____ Téléphone de jour _____ E-mail _____

Informations sur le demandeur Si la victime est l'appliquant, cochez ici : L'appliquant doit être âgé de 18 ans ou plus.

Nom _____ Date de naissance ___/___/___ N° de sec. sociale _____
Adresse _____ Ville _____ État _____ Code postal _____
Comté _____ Téléphone de jour _____ E-mail _____

Relation avec la victime _____

Informations sur le crime

Date du crime ___/___/___ Date de signalement à la police ou au dépôt de la PFA ___/___/___
Est-ce arrivé au travail ? Oui Non Les blessures ont-elles été causées par un véhicule automobile? Oui Non
Lieu du crime (nom et numéro de la rue) _____
Ville _____ État _____ Comté _____
Service de police _____ Numéro d'incident de la police _____
Personne(s) ayant commis un crime _____
Décrivez brièvement le crime et les blessures : _____

Veillez remplir la ou les sections correspondant aux prestations pour lesquelles vous demandez et fournir autant de documents demandés que possible à ce moment-là. Le Programme peut demander des informations supplémentaires une fois la réclamation reçue.

Prestation : Frais médicaux/Consultations

Avez-vous engagé des frais médicaux ? Oui Non Avez-vous engagé des frais de consultations ? Oui Non
Avez-vous une assurance pour couvrir vos frais médicaux/conseils ? Oui Non
Fournissez les factures médicales ou de consultations détaillées et les relevés de prestations d'assurance, le cas échéant.

Prestations : Frais funéraires/Perte de soutien

Avez-vous engagé des frais funéraires ? Oui Non
Avez-vous reçu de l'argent en raison du décès ? (Assurance-vie, prestation de décès de la sécurité sociale) Oui Non
Étiez-vous ou d'autres personnes financièrement dépendantes de la victime décédée ? Oui Non
Fournissez des copies des factures/reçus détaillés des funérailles et des relevés de toutes prestations reçues.

Prestations : Perte de revenu

Dates auxquelles vous avez manqué le travail ___/___/___
Nom et adresse de l'employeur : _____

Nom et adresse du médecin qui peut vérifier que vous avez manqué le travail à cause du crime _____

Prestations : Argent volé

Montant d'argent volé ? \$ _____

L'une des prestations suivantes doit être votre principale source de revenus pour déposer une demande pour argent volé. Cochez toutes les cases correspondantes.

Prestation de sécurité sociale Retraite/Pension Invalidité Pension alimentaire pour enfant/conjoint ordonnée par le tribunal

Avez-vous une assurance habitation pour propriétaire/locataire ? Oui Non

Êtes-vous tenu de produire des déclarations de revenus à l'IRS ? Oui Non

Fournissez des copies de votre relevé mensuel de prestations pour le mois/l'année du crime, la page de déclaration d'assurance et les déclarations de revenus les plus récentes, le cas échéant.

Prestations : Déménagement, nettoyage de la scène de crime, frais de transport

Avez-vous dû déménager à cause du crime ? Oui Non

Avez-vous engagé des dépenses pour le nettoyage de la scène de crime ? Oui Non

Avez-vous engagé des frais de transport ? Oui Non

Représentation par d'autres

Êtes-vous représenté dans cette affaire par un avocat :

Dans le cadre du dépôt de cette demande d'indemnisation ? Oui Non

Dans le cadre d'une poursuite civile ? Oui Non

Dans le cadre d'une action en assurance ? Oui Non

Informations sur le programme de service aux victimes

Pour obtenir de l'aide pour déposer votre réclamation, veuillez appeler l'agence indiquée ici. Si aucune agence n'est répertoriée, veuillez appeler le 800-233-2339 pour obtenir de l'aide.

Accords d'accusé de réception et de remboursement et autorisation d'obtenir des informations

L'Accusé de Réception et Accord de Remboursement et Autorisation d'obtenir des informations doivent être signés avant qu'une réclamation puisse être vérifiée et traitée pour le paiement.

Accusé de Réception et Accord de Remboursement : La décision d'approuver ma demande appartient au Programme. Je peux m'opposer par écrit à tout ou partie de la décision du Programme dans les 30 jours suivant la date de la décision. Je dois prouver le montant exact de mes préjudices avant que le Programme envisage d'accorder une indemnisation du Fonds d'Indemnisation des Victimes d'Actes Criminels. Je pourrai ultérieurement demander le remboursement de toutes dépenses supplémentaires engagées en relation avec le crime. Ma demande peut être refusée si je ne coopère pas pleinement avec les organismes chargés de l'application de la loi, les tribunaux et le programme, ou si je ne conserve pas une adresse valide auprès du programme. Faire une fausse déclaration constituerait une infraction pénale en vertu de l'article 18 PS§ 11.1303 de la loi sur les victimes d'actes criminels. Faire une fausse déclaration dans ce formulaire de réclamation dans l'intention d'induire le programme en erreur constituerait une infraction pénale en vertu de la loi 18 Pa. C.S., § 4904, Falsification sans serment. Faire une fausse déclaration sur laquelle le programme s'appuie pour accorder une indemnisation constitue une infraction pénale en vertu de l'article 18 Pa.C.S. § 3922, Vol par Fraude.

Je comprends que le Fonds d'indemnisation des victimes d'actes criminels est le payeur de dernier recours. J'accepte spécifiquement d'informer le Programme et de rembourser au Commonwealth tous les fonds que je pourrais recevoir de toute autre source qui n'a pas déjà été prise en compte, à la suite du crime et dans la mesure de la récompense. Autrement dit, j'accepte de rembourser tous les fonds que je reçois du contrevenant ou de toute autre personne ou source, qui m'indemnisent pour le préjudice que j'ai subi, y compris le produit d'une police d'assurance, ainsi que toute sentence ou règlement résultant d'une poursuite civile qui découle du crime qui est à la base de cette affirmation. J'accepte en outre que si la réclamation est à tout moment jugée erronée, fausse ou frauduleuse, je rembourserai au programme toutes les sommes d'argent payées par le programme.

Autorisation d'obtenir des informations : J'autorise par la présente tout directeur de pompes funèbres ou toute autre personne ayant rendu des services connexes, tout employeur de la victime ou du demandeur, toute police ou agence gouvernementale, y compris les autorités fiscales étatiques ou fédérales, toute compagnie d'assurance ou toute organisation ayant des connaissances pertinentes à fournir au Bureau des Services aux victimes, Programme d'Aide à l'Indemnisation des Victimes, toute information en leur possession concernant le crime qui est à la base de cette réclamation

Signature de l'Applicant

Date

Accord d'Autorisation et de Publication HIPAA

Si vous faites une demande de frais médicaux ou de consultations, cet accusé de réception doit être signé avant que le processus de vérification de la réclamation puisse commencer.

J'autorise par la présente, conformément aux réglementations en matière de confidentialité de la HIPAA (Loi sur la Transférabilité et la Responsabilité de l'Assurance-Santé, 42 USC § 1320d, et suivants), tout hôpital, médecin, prestataire de soins de santé ou toute autre personne qui a assisté, examiné ou fourni un traitement à _____ (nom de la victime en lettres moulées) de fournir au Bureau des Services aux Victimes, Programme d'Aide à l'Indemnisation des Victimes, toute information en sa possession concernant le crime qui est à la base de cette réclamation. Des copies de cette autorisation peuvent être utilisées à la place de l'original. **Je comprends que je peux révoquer cette autorisation à tout moment en fournissant au Bureau des Services aux Victimes, Programme d'Aide à l'Indemnisation des Victimes, une demande écrite et datée à cet effet. De plus, cette autorisation expire dans 5 ans à compter de la date de ma signature ci-dessous ou de la date de clôture de cette réclamation, selon la première éventualité.

Signature de l'Applicant

Date

Informations statistiques sur les victimes

Le remplissage de cette section est strictement facultatif. Les informations suivantes sont utilisées uniquement à des fins statistiques.

Race/Origine ethnique : Blanc Noir/Afro-américain Hispanique/Latino Amérindien/Autochtone d'Alaska
 Asiatique Originaire d'Hawaii/autre habitant des îles du Pacifique Autre race Plusieurs races

Sexe : _____ Langue principale : _____

Comment avez-vous connu le programme : Hôpital Procureur Brochure Police Site Web/Application
 Programme de Service aux Victimes Autre ___

Adresse postale :
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Nom et numéro de la rue
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Numéros de téléphone et de fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

E-mail
ra-davesupport@pa.gov

Site Internet :
www.pcv.pccd.pa.gov

Déposez votre dossier en ligne sur
<https://www.dave.pa.gov>