

Форма звернення за компенсацією послуг консультування через сексуальне насильство

Будь ласка, заповніть форму та надішліть її звичайною поштою, електронною поштою або факсом на адресу:

Програма надання компенсаційної допомоги
постраждалим (VCAAP)
Поштова скринька 1167
Гаррісбург, Пенсильванія, 17108-1167

(800) 233-2339 або (717) 783-5153
ФАКС (717) 787-4306
Email: ra-davesupport@pa.gov

РОЗДІЛ 1 Інформація про постраждалого(-у)

Ім'я постраждалого(-ої) _____ Дата народження _____
№ соціального страхування _____ Вулиця та номер будинку _____
Місто _____ Штат _____ Поштовий індекс _____
Номер телефону _____ Електронна пошта _____
Чи є у вас медичне страхування? так _____ ні _____

Чи застосовувалося ваше медичне страхування до витрат на консультування? так _____ ні _____

Чи застосовувалися грошові виплати до випадку сексуального насильства або чи були вони отримані з інших джерел у результаті нього (тобто завдяки громадському урегулюванню, відшкодування збитків)?

Так _____ ні _____

Якщо жертва на даний момент не досягла віку 18 років, один із батьків/опікун або особа, яка бере на себе фінансові зобов'язання стосовно витрат на консультування, має заповнити розділ нижче та поставити підпис на другій та третій сторінці у якості позивача.

Ім'я позивача _____ Дата народження _____
№ соціального страхування _____ Вулиця та номер будинку _____
Місто _____ Штат _____ Поштовий індекс _____
Номер телефону _____ Електронна пошта _____
Зв'язок із постраждалим(-ою) _____

РОЗДІЛ 2 Інформація щодо злочину

Жертва сексуального насильства не повинна доповідати про злочин або спілкуватися з правоохоронними органами з метою отримання покриття витрат на консультування у процесі розгляду звернення за компенсацією послуг консультування з приводу сексуального насильства. Питання нижче ставляться з метою визначення рівня допомоги, на яку ви можете мати право.

Приблизна дата скоєння сексуального насильства _____ (дд.мм.рррр)

Місце скоєння злочину: округ _____ Штат: Пенсильванія

Якщо ви все ж доповіли про злочин правоохоронним органам, ви можете мати право на додаткову допомогу. Чи було здійснено доповідь про злочин до будь-яких державних органів (правоохоронних, районному адвокату, службі захисту дітей)? так _____ ні _____ Чи зацікавлені ви в тому, щоб дізнатися більше про цю допомогу? так _____ ні _____ Якщо ви поставили позначку в блоці «так», співробітники Програми зв'яжуться з вами для подальшого обговорення наявності прав на цю допомогу.

РОЗДІЛ 3 Інформація про постачальника послуг консультування Щодо послуг, які надаються з 26.11.2019 р.

Якщо у вас наявні копії конкретизованих рахунків за послуги консультування та відомості про виділення страхової допомоги (за наявності та застосовності), будь ласка, надішліть їх разом із формою вимоги. Якщо ви не маєте копій, ми надамо запит щодо них постачальнику, зазначеному нижче.

Ім'я/назва постачальника _____
Вулиця та номер будинку _____ Місто _____
Штат _____ Поштовий індекс _____ Номер телефону _____
Електронна пошта _____ Номер факсу _____

Форма звернення за компенсацією послуг консультування з приводу сексуального насильства

Закон окремо зазначає, що можуть бути виплачені лише ті кошти за консультаційні послуги, які є заборгованістю перед постачальником медичних послуг (тобто, психологічна терапевтична допомога, надана психіатром, психологом, ліцензованим професіональним консультантом або ліцензованим соціальним працівником). Ця норма стосується лише послуг, наданих з 26.11.2019 р. включно.

РОЗДІЛ 4 Статистична інформація

Інформація нижче використовується виключно зі статистичною метою. Надання інформації у цьому розділі є виключно добровільним.

Тип правопорушника: Представник духовенства _____ Член сім'ї _____ Незнайомець _____
Вчитель _____ Тренер _____ Лідер групи _____ Постачальник медичних послуг _____
Особа, що доглядає _____ Інтимний партнер _____ Інше _____

Чи зверталися ви раніше до Програми надання компенсаційної допомоги постраждалим? Так _____ Ні _____
Якщо так, надайте номер звернення (якщо відомо): _____

РОЗДІЛ 5 Необхідні підписи

Угоди про визнання та відшкодування

Угода про визнання та відшкодування повинна бути підписана до початку процесу розгляду звернення.

Мій підпис нижче означає, що я розумію кожне з наступних тверджень або пунктів закону:

Будь-яка постраждала особа або позивач, який свідомо чи за наміром надає або спричиняє надання хибної або недостовірної інформації стосовно звернення, може отримати відмову в наданні допомоги та зазнати відповідного кримінального покарання за законами Співдружності.

Я розумію, що Фонд надання компенсацій жертвам злочинів є платником останньої інстанції. Я окремо погоджуюся з тим, щоб інформувати Програму та відшкодувати Співдружності будь-які кошти, які я можу отримати з будь-якого іншого джерела, яке ще не було розглянуте, у результаті злочину та у ступені надання компенсації. Таким чином, я погоджуюся виплатити будь-які кошти, які я отримав від правопорушника, будь-якої іншої особи або з джерела, яке надасть мені компенсацію за ураження, якого я зазнав(-ла), включно з будь-якою компенсацією болю та страждань. У подальшому я висловлюю згоду з тим, що, у випадку визначення звернення у будь-який момент хибним, неправдивим або шахрайським, я відшкодую Програмі усі кошти, виплачені мені з її боку.

X _____
Підпис позивача

Угода стосовно надання прав на розголошення за НІРАА

Ця згода на надання прав має бути підписана до початку процесу розгляду звернення.

Цим документом я надаю право, згідно з регламентами стосовно конфіденційності за НІРАА (Закон про мобільність та підзвітність медичного страхування, розділ 42 Кодексу законів США, § 1320d та наступні), будь-якій лікарні, лікарю, медичному спеціалісту або іншій особі, яка відвідувала, обстежувала або надавала лікування

_____ (друковане ім'я постраждалої особи), на передачу Управлінню з питань обслуговування постраждалих від злочинів та Програмі надання компенсаційної допомоги постраждалим усю та будь-яку наявну в них інформацію стосовно злочину, який є предметом цього звернення. Копії цього надання прав можуть використовуватися замість оригіналу. **Я усвідомлюю, що я можу відкликати цю згоду у будь-який момент, надавши Управлінню з питань обслуговування постраждалих від злочинів та Програмі надання компенсаційної допомоги постраждалим письмовий та датований запит. У подальшому цей дозвіл припиняє діяти через 5 років з дати мого підпису нижче або з дати, у яку це звернення буде закрито, залежно від того, яка подія настане раніше.

X _____
Підпис позивача Дата

**Програма надання компенсаційної допомоги
постраждалим (VCAAP)
Поштова скринька 1167
Гаррісбург, Пенсильванія, 17108-1167**

**(800) 233-2339 або (717) 783-5153
ФАКС (717) 787-4306
Email: ra-davesupport@pa.gov**

Версія від жовтня 2021 р.