

طلب الحصول على تعويضات الضحايا في فيرمونت

نحن ندرك أنك تمر حاليًا بفترة عصيبة. وإذا احتجت مساعدة في إكمال هذا النموذج، فيُرجى الاتصال ببرنامج تعويضات الضحايا على الأرقام المذكورة أدناه. كما يمكنك زيارة موقعنا الإلكتروني للاطلاع على المزيد من المعلومات.

يقدم برنامج تعويض الضحايا (**Victims Compensation Program**) مساعدة مالية محدودة لضحايا الجرائم الذين تعرضوا لخسائر مالية كنتيجة مباشرة للتعرض للجريمة، طالما كانت الخسارة لا يمكن تعويضها من خلال مصادر أخرى، مثل التأمين.

برنامج تعويض الضحايا

58 South Main Street, Suite One

Waterbury, Vermont 05676-1599

1-800-750-1213 (مكالمات صوتية – VT فقط)

1-802-241-1250 (مكالمات صوتية)

1-802-241-1253 (الفاكس)

www.ccvv.vermont.gov



احتفظ بهذه الصفحة لسجلاتك.

متطلبات الأهلية

- أن يكون قد تم الإبلاغ عن الجريمة لأحد ضباط إنفاذ القانون الذي يجب أن يُقر بأنه قد تم ارتكاب الجريمة.
 - أن يكون الضحية قد عانى من إصابة جسدية أو أذى معنوي وأن يكون ذلك ناتجاً بشكل مباشر عن الجريمة.
 - أن تكون الجريمة قد ارتُكبت في فيرمونت، أو ارتُكبت ضد أحد سكان فيرمونت في بلد ليس فيه برنامج للتعويضات.
 - أن تكون الجريمة قد ارتُكبت بعد 1 يوليو 1987.
 - ألا يكون الضحية قد خالف قانوناً جنائياً في هذه الولاية، بحيث تكون هذه المخالفة قد أسفرت عن وقوع إصاباته أو وفاته أو ساهمت في وقوع أي منهما.
 - يعتبر ضحايا جرائم القتل بين أفراد الأسرة مؤهلين أيضاً.
- عند الاقتضاء، يتوافر المال لسداد المصروفات التالية طالما لم يكن قد تم سدادها بالفعل من قبل مصادر أخرى:
- الرعاية الطبية ورعاية الأسنان
 - الاستشارات المقدمة للضحايا وأفراد الأسرة
 - تكاليف الجنازة
 - خسارة الأجر بسبب فقدان ساعات العمل
 - المصروفات الأخرى، مثل الوصفات الطبية، والنظارات، والتكاليف المحدودة للنقل والمواصلات
 - إذا حدثت الوفاة نتيجة للجريمة، فقد يتلقى المعالون القانونيون مصروفات معيشة مؤقتة
 - المساعدة المحدودة في الانتقال
 - رعاية/إصابة/موت حيوان أليف
- لا تتم تغطية خسائر الممتلكات بشكل عام.

تعليمات طلب التقديم

يجب عليك إكمال هذا الطلب بالكامل. تأكد من قيامك بما يلي:

1. التوقيع على قسم "تصريح بالحصول على المعلومات" الوارد في هذا الطلب وتأريخه. ويمكن تقديم تاريخاً بديلاً لانهاء سريانه حسب رغبتك.
 2. التوقيع على قسم "إعادة السداد والاسترجاع والاستبدال" من هذا الطلب.
 3. التوقيع وكتابة التاريخ بعد "بيان المصادقة".
 4. بعد قيامك بتعبئة هذا الطلب، يُرجى لصق أو تدبيس جميع الجوانب لإغلاقها قبل إرسالها عبر البريد.
- إذا كنت تفضل إرسال طلبك إلينا عبر البريد في مطروف منفصل وليس لديك طابع بريد، فيُرجى الاتصال ببرنامج تعويضات الضحايا، وسنرسل إليك مطروفاً مدفوع الرسوم لإرسال طلبك و/أو فواتيرك.
- إذا تلقيت المزيد من الفواتير المتعلقة بالجريمة في المستقبل، فيُرجى التأكد من إرسالها إلينا على العنوان الوارد في الصفحة الأولى من هذا الطلب.

احتفظ بهذه الصفحة لسجلاتك.

أولاً: بيانات الضحية

اسم الضحية: _____
العنوان البريدي: _____
المدينة أو البلدة: _____
الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
هاتف المنزل: _____ هاتف العمل: _____
الهاتف الخليوي: _____ عنوان البريد الإلكتروني: _____
إذا كنت لا ترغب في تواصلنا معك على العنوان المذكور أعلاه، يُرجى تقديم رقم هاتف وعنوان بريدي آخر:

إذا كان الضحية شخصاً قاصراً:

اسم ولي الأمر أو الوصي القانوني:

تاريخ ميلاد الوالد/الوصي: _____
هاتف المنزل: _____ هاتف العمل: _____
الهاتف الخليوي: _____ عنوان البريد الإلكتروني: _____
إذا كان العنوان مختلفاً عن عنوان الضحية:

في حالة الاحتجاز لدى DFC (إدارة الأطفال والأسرة)، اسم المسؤول عن الحالة:

في حالة وفاة الضحية:

اسم الناجي: _____
العنوان البريدي: _____
المدينة أو البلدة: _____
الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
هاتف المنزل: _____ هاتف العمل: _____
الهاتف الخليوي: _____ عنوان البريد الإلكتروني: _____
تاريخ ميلاد الشخص الناجي: _____
العلاقة بالضحية: _____

ثانياً: معلومات حول الجريمة

يُرجى إكمال أكبر قدر ممكن من المعلومات التالية. إذا لم تتوفر لديك هذه المعلومات، فاترك المساحة فارغة، وسنحاول الحصول على الوثائق من الشرطة أو محامي الضحية.

تاريخ ارتكاب الجريمة: _____ تاريخ الإبلاغ عنها: _____
اسم المشتبه به (أسماء المشتبه بهم): _____
تاريخ ميلاد المشتبه به (المشتبه بهم): _____
البلدة محل وقوع الجريمة: _____
إدارة الشرطة المحرر فيه البلاغ: _____
اسم ضابط الشرطة: _____
رقم الواقعة: _____

نوع الجريمة: (ضع علامة على كل ما ينطبق)

- الحرق العمد الاعتداء السطو
- الإهمال/الأذى الجسدي للطفل استغلال الأطفال في المواد الإباحية الاعتداء الجنسي على الطفل
- العنف الأسري
- DUI (قيادة السيارة تحت تأثير الكحول المخدرات أو أي مخدر آخر) جرائم الاحتيال/الجرائم المالية القتل الاتجار بالبشر
- الاختطاف جرائم المركبات الأخرى السرقة الإتهاب
- الاعتداء الجنسي المطاردة الإرهاب
- غير ذلك _____
- هل يُملك محامٍ خاص في دعوى مدنية أو دعوى تأمين بخصوص الجريمة؟ نعم لا
- اسم المحامي: _____

البريد الإلكتروني: _____ الهاتف: _____

ثالثاً: طلبات التعويضات

يُرجى إكمال أكبر قدر ممكن من المعلومات التالية. إذا لم تتوفر لديك هذه المعلومات، فاترك المساحة خالية.

أطلب الحصول على تعويض عن الخسائر التالية المتعلقة بالجريمة:

- رعاية الطفل النظارات الطبية، أو سماعات الأذن (لضعاف السمع) أو أطقم الأسنان أو أي جهاز اصطناعي تم الاستيلاء عليه، أو فقدانه، أو إتلافه أثناء الجريمة
- الاستشارات تنظيف مسرح الجريمة
- رعاية الأسنان

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> تكاليف الجنازة | <input type="checkbox"/> مبيت الحيوانات الأليفة |
| <input type="checkbox"/> فقدان الدعم | <input type="checkbox"/> الإيجار/الانتقال |
| <input type="checkbox"/> خسارة الأجور (بسبب فقدان ساعات العمل) | <input type="checkbox"/> السلامة/الأمان |
| <input type="checkbox"/> الرعاية الطبية | <input type="checkbox"/> مصاريف المعيشة المؤقتة |
| <input type="checkbox"/> حساب الأميال/البنزين | <input type="checkbox"/> مصاريف السفر/تكاليف النقل والمواصلات |
| <input type="checkbox"/> سداد فواتير للحيوانات الأليفة التي أصيبت أو قُتلت أثناء الجريمة | <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____ |

← يُرجى إرسال أي فواتير مرتبطة بالجريمة قد تلقيتها إلى برنامج تعويضات الضحايا. يُرجى توضيح اسم ورقم هاتف مقدم (مقدمي) الرعاية الذي تزوره (الذين تزورهم) للعلاج المرتبط بالجريمة أدناه:

طبيب الأسنان: _____ الهاتف: _____
 طبيب: _____ الهاتف: _____
 المستشفى: _____ الهاتف: _____
 مستشار: _____ الهاتف: _____
 دار الجنازة: _____ الهاتف: _____

معلومات التأمين:

هل يمتلك الضحية تأمينًا صحيًا؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، فاذكر اسم شركة التأمين:

Cigna Blue Cross/Blue Shield MVP Medicare Medicaid

غير ذلك: _____ رقم المعرف التأميني: _____

هل يمتلك ولي الأمر أو الوصي أو الناجي تأمينًا صحيًا؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، فيُرجى توضيح اسم شركة التأمين:

Cigna Blue Cross/Blue Shield MVP Medicare Medicaid

غير ذلك: _____ رقم المعرف التأميني: _____

اسم صاحب العمل:

العنوان: _____

المدينة/البلدة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

الهاتف: _____ البريد الإلكتروني لصاحب العمل: _____

اسم جهة الاتصال في العمل: _____

بسبب الجريمة، فاتني العمل للفترة التالية:

السبب:	تاريخ (تواريخ) فوات العمل:
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.

يُرجى العلم: إذا كنت تسعى للحصول على تعويض عن خسارة الأجر (ساعات العمل التي فاتتك)، فسنواصل مع صاحب عملك.

هل تلقيت أجرًا عن ساعات العمل التي فاتتك؟ نعم لا

← إذا فاتتك ساعات عمل في المستقبل لأسباب تتعلق بالجريمة، فيرجى الاتصال بنا وإبلاغنا بالتواريخ الإضافية.

IV. معلومات اختيارية

من أين سمعت ببرنامج تعويضات الضحايا؟

- مستشار
- إدارة الأطفال والعائلات
- محامي الضحية
- المستشفى
- الشرطة
- التلفزيون
- الإنترنت
- الراديو
- منظمة تخدم شخصًا من ذوي الإعاقة
- غير ذلك (يُرجى التحديد)

تعتبر المعلومات التالية اختيارية ومطلوبة للامتثال للوائح الفيدرالية، وهي للأغراض الإحصائية فقط.

العرق/الأصل الإثني: (مبلغ عنها ذاتيًا)

- أمريكي من أصل هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين
- آسيوي
- أمريكي أسمر البشرة أو من أصل إفريقي
- من أصول إسبانية أو لاتينية
- السكان الأصليون لهاواي أو سكان الجزر الأخرى في المحيط الهادئ
- أبيض غير لاتيني أو فوقازي
- انتماء عرقي آخر
- انتماءات عرقية متعددة

النوع الاجتماعي: (مبلغ عنه ذاتيًا) ذكر أنثى مُحدد ذاتيًا:

لمساعدتك بشكل أفضل، هل تحتاج إلى ترتيبات تيسيرية فيما يخص أيًا مما يلي:

(اختياري)

- الإعاقة البصرية
- الصمم أو صعوبة السمع
- الإعاقة الجسدية
- تشخيص متعلق بالصحة العقلية
- إعاقة ذهنية

يُرجى تحديد الإعاقة إذا لم تكن مدرجة أعلاه:

يُرجى إبلاغنا بالترتيبات التيسيرية التي ترغب في أن نقدمها إليك:

- ترجمة فورية للغة الإشارة الأمريكية
- مواد مطبوعة كبيرة
- الترجمة الفورية

المساعدة المجتمعية (يُرجى التحديد):

غير ذلك - يرجى تحديدها:

تمتلك كل مقاطعة محاميًا للضحايا يقع في مكتب محامي الولاية. ونحن نشجعك على الاتصال بالمحامي الخاص بك وإبلاغه بأي أسئلة قد تراودك حول إجراءات المحكمة. للحصول على معلومات حول كيفية الاتصال بالمحامي الخاص بك، اتصل على برنامج تعويضات الضحايا على

1-800-750-1213 (مكالمات صوتية – VT فقط)

أو 1-802-241-1250 (مكالمات صوتية)

تابع في الصفحة التالية

يجب عليك التوقيع وكتابة التاريخ في المواقع الثلاثة (3) التالية لتكون مؤهلاً للحصول على تعويضات الضحايا.

تصريح بالحصول على المعلومات

أقر هنا طواعية، ووفقاً للوائح الخصوصية بموجب قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة (HIPPA) (المادة USC § 132d42 وما يليها)، بأنني أصرح لأي مستشفى أو عيادة أو طبيب أو مقدم رعاية صحية أو أي شخص آخر قد تابع الضحية المذكور أدناه أو فحصه؛ أو أي مدير جنازة أو شركة تأمين أو مستشار أو محامٍ أو أي شخص آخر قد قدم خدمات ذات صلة؛ أو أي صاحب عمل للضحية أو المدعي؛ أو أي وكالة حكومية أو إدارة شرطية، بما يتضمن خدمات الإيرادات الحكومية أو الفيدرالية؛ أو أي منظمة لديها المعرفة المناسبة، بتزويد برنامج تعويضات الضحايا في فيرمونت بجميع المعلومات الموجودة في حوزتهم فيما يتعلق بالحادث الذي يمثل أساس هذه المطالبة. وتعتبر النسخ الضوئية من هذا التصريح سارية وصالحة مثلها مثل النسخة الأصلية، ما لم يقتض القانون خلاف ذلك. ويُمنع الإفصاح عن هذه المعلومات بأكثر من ذلك. أقر باستيعابي أن هذا التصريح ستنتهي مدة سريانه خلال عام واحد من تاريخ هذا التصريح، ما لم أحدد خلاف ذلك.

أقر أيضًا باستيعابي أن من حقي إلغاء هذا التصريح في أي وقت من خلال إخطار برنامج تعويضات الضحايا خطياً، باستثناء المدى الذي تم الاعتماد عليه بالفعل.

التاريخ البديل لانتهاج السريان (عند الرغبة): _____

اسم الضحية: _____ تاريخ الميلاد: _____

توقيع الضحية أو الناجي البيانات: _____ التاريخ: _____

توقيع ولي الأمر أو الوصي، إذا كان الضحية أقل من 18 عامًا: _____

التاريخ: _____

اتفاقية إعادة السداد والاسترجاع والاستبدال

أقر باستيعابي أنا، بالنيابة عن نفسي أو بالنيابة عن المتنازل إليه أو الشريك أو المعال، أن قانون فيرمونت يتطلب مني الاتصال ببرنامج تعويضات الضحايا وإعادة السداد إليهم إذا تلقيت مدفوعات من المعتدي أو من دعوى مدنية أو شركة تأمين، وأن برنامج تعويضات الضحايا لديه امتياز بالحجز على أي أموال قد أستردها نتيجة لهذه الجريمة. أقر أيضًا باستيعابي أنه يجب عليّ إخطار البرنامج إذا وكلت محامياً لتمثيلي في أي دعوى متعلقة بهذه الجريمة. أقر أيضًا باستيعابي أن توقيعني يعتبر إفادة مني بأنني أوافق على جميع التصريحات المحددة في هذه الاتفاقية.

اسم الضحية: _____ تاريخ الميلاد: _____

توقيع الضحية أو الناجي: _____ التاريخ: _____

توقيع ولي الأمر أو الوصي، إذا كان الضحية أقل من 18 عامًا: _____

التاريخ: _____

إقرار

أقر وأشهد بأن المعلومات الواردة في هذا الطلب هي معلومات حقيقية وصحيحة على حد علمي.

توقيع الضحية أو الناجي: _____ التاريخ: _____

توقيع ولي الأمر أو الوصي، إذا كان الضحية أقل من 18 عامًا: _____

التاريخ: _____