APPLICATION FOR VERMONT VICTIMS COMPENSATION
ĐƠN BỒI THƯỜNG THIỆT HẠI CHO NẠN NHÂN
Ở TIỂU BANG VERMONT

We realize that this is a difficult time for you. If you need help filling out this form, call the Victims Compensation Program at 1-800-750-1213 (VT only) or 802-241-1250. If you are Deaf or Hard of Hearing, please call our TTY#: 1-800-845-4874.
Chúng tôi nhận thấy đây là khoảng thời gian khó khăn của bạn. Nếu bạn cần sự giúp đỡ để điền mẫu đơn này, xin vui lòng gọi cho Chương Trình Bồi Thường Thiệt Hại Cho Cho Nạn Nhân ở số 1-800-750-1213 (chỉ dành cho tiểu bang Vermont) hoặc số 802-241-1250. Nếu bạn bị khiếm thính hoặc nghe không rõ, xin vui lòng liên lạc số 1-800-845-4874.

Part I: *Victim Information - Thông Tin Về Nạn Nhân*

Victim's Name-Tên của nạn nhân : _____

Mailing Address-Địa chỉ liên lạc: _____

City or Town-Thành phố: _____

State-Tiểu bang:_____ Zip Code-Mã vùng: _____

Home Phone-Điện thoại nhà: _____

Work Phone-Điện thoại nơi làm việc: _____

If you do not want us to contact you at the above address, please provide another mailing address and phone number:
Nếu bạn không muốn chúng tôi liên lạc bạn theo địa chỉ trên, xin vui lòng cung cấp cho chúng tôi địa chỉ và số điện thoại khác để chúng tôi tiện liên lạc.

_____

_____

If the victim is a minor-Nếu nạn nhân dưới tuổi vị thành niên xin vui lòng cung cấp họ tên của:

☐ Parent or ☐ Legal guardian- (name)
Ba mẹ hay Người giám hộ
_____

Parent/Guardian Date of Birth-Ngày sinh của Ba mẹ/Người giám hộ: _____
Home Phone- Điện thoại nhà: _____

Work Phone- Điện thoại nơi làm việc: _____

If address is different from victim's address, please provide:
Nếu địa chỉ khác địa chỉ của nạn nhân, xin vui lòng ghi rõ:
_____

If in DCF custody, caseworker name: _____
Trong trường hợp được quản chế bởi DCF, xin vui lòng rõ ghi tên cuả người quản lý vụ việc
If the victim is deceased- Nếu nạn nhân đã qua đời, xin vui lòng rõ :
Survivor's Name-Họ tên người còn sống: _____

Mailing Address- Địa chỉ liên lạc:_____

City or Town- Thành phố: _____ _____ State- Tiểu bang: _____ Zip- Mã vùng: _____

Date of Birth- Ngày sinh: _____

Home Phone- Điện thoại nhà: _____ Work Phone- Điện thoại nơi làm việc : _____

Relationship to deceased- Mối quan hệ với người đã qua đời: _____

AUTHORIZATION TO OBTAIN INFORMATION

I hereby voluntarily authorize, in accordance with the privacy regulations under HIPAA (the Health Insurance Portability and Accountability Act, 42USC §§ 132d et seq.) any hospital, clinic, physician, health care provider or other person who attended or examined the victim named below; any funeral director, insurance company, counselor, attorney or other person who rendered related services; any employer of the victim or claimant; any police or governmental agency, including state or federal revenue services; or any organization having relevant knowledge, to furnish the Vermont Victims Compensation Program with any and all information in their possession with respect to the incident that is the basis for this claim. A photocopy of this authorization is as effective and valid as the original unless otherwise required by law. Further release of this information is prohibited. I understand that this authorization will expire one year from the date of this authorization, unless I otherwise specify. I further understand that I may revoke this authorization at any time by notifying the Victims Compensation Program in writing, except to the extent it has already been relied upon.

Căn cứ luật bảo mật thông tin cá nhân theo HIPAA (The Health Insurance and Accountability Act ,42USC §§ 132d et seq), tôi tự nguyện ủy quyền cho bất kì bệnh viện, bác sĩ, những người chăm sóc sức khỏe, ngưuời tham gia hay khám nghiệm nạn nhân tên dưới đây,bất kỳ giám đốc nhà hoàng, cộng ty bảo hiểm, người tư vấn, luật sư hoặc những người cung cấp các dịch vụ liên quan, bất kì người chủ nào chổ làm việc của nạn nhân hay nguyên đơn; bất kì cảnh sát viên hay cơ quan nhà nước bao gồm ở cấp tiểu ban hay liên bang; bất kì tổ chức nào nắm giữ những thông tin hữu ích có liên quan đến nạn nhân đều có quyền cung cấp cho Chương Trình Bồi Thường Thiệt Hại Cho Nạn Nhân với những thông tin họ sở hữu liên quan đến vụ việc, đó là cơ sở căn bản để xác định những nghi vấn. Bản copy của tờ ủy quyền này có hiệu lực và giá trị như bản gốc, mặt khác nếu có sự thay đổi mở rộng hay bổ xung nào phải được yêu cầu bởi luật pháp. Việc tiết lộ thông tin này là bị nghiêm cấm. Ủy quyền này có giá trị trong vòng một năm tính từ ngày ủy quyền, trừ khi có sự chỉ định khác. Tôi hiểu rõ rằng việc ủy quyền này có thể hủy bỏ bất cứ lúc nào bằng cách thông báo tới Chương Trình Bồi Thường Thiệt Hại Nạn Nhân bằng văn bản,ngoại trừ những chi tiết đã được đề cập ở trên đã được thực hiện.

(Alternative expiration date if desired): _____
(Thay đổi ngày hết hạn nếu muốn)

Victim's Name- Tên của nạn nhân: _____

Date of Birth-Ngày sinh : _____

Signature of victim or survivor-: _____
Chữ ký nạn nhân hoặc người sống sót:

Date-Ngày: _____

Signature of parent or guardian if victim is under 18: _____
Chữ ký của cha mẹ hoăc người giám hộ nếu nạn nhân dưới 18 tuổi

Date- Ngày: _____

Repayment, Restitution and Subrogation Agreement- Cam kết hoàn trả lại tiền

I understand that Vermont law requires me to contact and repay the Victims Compensation Program if I receive payments from the offender, a civil action, or an insurance company, and that the Victims Compensation Program has a lien against any monies I may recover as a result of this crime. I also understand that I must notify the Program if I hire a lawyer to represent me in any action related to this crime. I certify that the information in this application is true and correct to the best of my knowledge. I understand that my signature indicates that I agree with all statements specified in this agreement.

Tôi hiểu rõ theo luật tiểu bang Vermont yêu cầu tôi phải liên lạc và hoàn trả lại cho Chương Trình Bồi Thường Cho Nạn Nhân nếu tôi nhận được bồi thường từ người phạm lỗi, từ phán quyết dân sự của toà án, hoặc từ công ty bảo hiểm và Chương Trình Bồi Thường Thiệt Hại Cho Nạn Nhân có đầy đủ thẩm quyền để thu hồi tiền lại số tiền đó .Tôi đồng thời cũng hiểu rõ rằng tôi nên khai báo cho Chương Trình Bồi Thường Cho Nạn Nhân nếu tôi thuê luật sư để trình bày cho tôi những vụ việc liên quan tới tai nạn này.Tôi xác nhận rằng những thông tin mà tôi khai báo trong tờ đơn này là hoàn toàn sự thật và chính xác trong sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rõ là chữ ký của tôi xác minh rằng tôi đồng ý với những tuyên bố được ghi rõ trong tờ cam kết này.

Victim's Name-Tên nạn nhân: _____

Date of Birth- Ngày sinh: _____

Signature of victim or survivor- Chữ ký nạn nhân hoặc người sống sót:
_____

Date- Ngày: _____

Signature of parent or guardian, if victim is a minor: _____
Chữ ký của cha mẹ hoăc người giám hộ nạn nhân dưới 18 tuổi:

Date- Ngày: _____

Part II: Information about the Crime- Thông tin về tội ác

Please complete as much of the following information as you can. If you do not have this information, leave the space blank and we will try to obtain the documentation from the police or your Victim Advocate.

Xin vui lòng điền vào những thông tin dưới đây nhiều nhất mà bạn có thể.Nếu bạn không có những thông tin này hãy để trống và chúng tôi sẽ cố gắng thu thập những thông tin từ hồ sơ cảnh sát hoặc những người biện hộ của bạn.

Date of crime- Ngày xảy ra tai nạn: _____
Date crime reported- Ngày tai nạn được báo cáo: _____

Name(s) of suspect(s)-Tên người bị tình nghi:_____
Town where the crime occurred- Nơi xảy ra tai nạn: _____

Police department reported to- Sở cảnh sát đã được báo cáo:_____

Name of police officer- Tên của cảnh sát viên: _____

Incident number- Số hồ sơ: _____

Type of crime- Loại tội phạm:

☐ Sexual assault- Cưỡng hiếp ☐ Domestic violence- Bạo lực gia đình

☐ Child sexual abuse- Quấy rối tình dục trẻ em ☐ Child physical abuse- Ngược đãi trẻ em

☐ Assault- Hành hung ☐ Homicide- Giết người ☐ DUI-Say rượu hoặc sử dụng chất kích thích khi lái xe
☐ Other- Những tội khác:_____

Are you represented by a private attorney in a civil lawsuit or insurance action regarding this crime? ☐ Yes ☐ No
Bạn có luật sư riêng đại diện trong vụ kiện dân sự này hay có sự can thiệp từ công ty bảo hiểm về tai nạn này không?
Attorney's Name- Tên của luật sư: _____

Phone #-Số điện thoại : _____

Part III: Requests for Compensation- Yêu cầu về bồi thường

Please complete as much of the following information as you can. If you do not have this information, leave the space blank.

Xin vui lòng hoàn tất những thông tin dưới đây một cách tốt nhât mà bạn có thể . Nếu bạn không có những thông tin này hãy để trống .

I am requesting compensation for the following crime-related losses- Tôi yêu cầu bồi thường thiệt hại liên quan đến :

☐ Medical-Y tế ☐ Dental-Nha khoa ☐Funeral-Tang lễ ☐ Counseling-Tư vấn

☐ Lost Wages (time missed from work)-Tiền lương mất từ việc nghĩ làm ☐ Mileage-Tiền mileage

☐ Other-Lý do khác: ----------

Please send any crime-related bills that you receive to the Victims Compensation Program. Xin gởi cho chúng tôi những hoá đơn tiền liên quan đến sự việc trên đến Chương Trình Bồi Thường Nạn Nhân.

Doctor-Bác sĩ: _____

Phone #- Số điện thoại _____

Dentist-Nha sĩ _____

Phone #-Số điện thoại: _____

Counselor-Người tư vấn : _____

Phone #- Số điện thoại :_____

Hospital-Bệnh viện: _____

Phone #- Số điện thoại _____

Funeral Home-Nhà tang lễ: _____

Phone #- Số điện thoại :_____

Insurance Information-Thông tin bảo hiểm:

Does the victim have health insurance or Medicaid or Medicare?-Nạn nhân có bảo hiểm y tế, Medicaid hay Medicare?

☐Yes-Có ☐No-Không

Name of Insurance Company-Tên công ty bảo hiểm :_____

Does the parent, guardian or survivor have insurance or Medicaid or Medicare? Ba mẹ, người giám hộ hay người sống sót có bảo hiểm y tế, Medicaid hay Medicare

☐Yes-Có ☐No-Không

Name of Insurance Company-Tên công ty bảo hiểm: _____

Employer-Sở làm: _____

Phone #-Số điện thoại: _____

Address-Địa chỉ :_____

Name of contact person at work-Tên người làm chung với bạn: _____

Due to the crime, I have missed work for the following-Lý do bạn nghỉ làm liên quan đến vụ việc trên.

Date(s)Reason(s)-Ghi rõ ngày tháng và lý do vào 2 khoảng trống kế tiếp:

1._____ 1._____

2. _____ 2._____

3. _____ 3. _____

4. _____ 4. _____

Please be advised: if you are asking for compensation for lost wages (time missed from work), we will contact your employer.

Xin lưu ý: Nếu bạn làm đơn xin bồi thường tiền lương mất trong lúc bạn tạm nghỉ việc, chúng tôi sẽ liên lạc với người chủ ở làm của bạn.

Were you compensated for time missed from work?-Bạn đã được bồi thường trong lúc bạn tạm nghỉ việc.

☐Yes-Có ☐ No-Không

If you miss work in the future due to crime-related reasons, please contact us with the additional dates. Nếu trong tương lai bạn dự định nghỉ làm vì lý do liên quan đến tội hính sự trên, xin vui lòng cung cấp cho chúng tôi ngày tháng cụ thể.

Part IV: *Optional Information-Thông tin bổ sung*

Where did you hear about the Victims Compensation Program?-Bạn biết chương trình bồi thường thiệt hại này từ đâu?

☐ Police-Cảnh sát ☐ Victim Advocate-Luật sư ☐ DCF ☐ Hospital-Bệnh viện

☐Radio ☐ TV ☐Internet

☐Other-Nguồn khác ----------

The following information is requested to comply with federal regulations, and is for statistical purposes only. Những thông tin sau đây được chiếu theo luật liên bang và chỉ nhằm mục đích phục vụ thống kê.

Gender-Giới tính: ☐Male-Nam ☐Female

Race-Chủng tộc:_____

Each county has a Victim Advocate located in the State's Attorney's Office. We encourage you to call your Advocate with any questions you may have about the court process. For information on how to contact your Advocate, call the Victims Compensation Program.
Mỗi quận hạt đều có người biện hộ cho nạn nhân ở văn phòng luật sư tiểu bang. Chúng tôi khuyến khích bạn liên lạc người biện hộ với những thắc mắc về tiến trình xét xử ở toà án. Để biết thêm những thông tin về làm thế nào để liên lạc người biện hộ, xin vui lòng liên lạc Văn Phòng Bồi Thường Thiệt Hại Cho Nạn Nhân.

VICTIMS COMPENSATION PROGRAM- TRƯƠNH TRÌNH BỒI THƯỜNG THIỆT HẠI CHO NẠN NHÂN

The Victims Compensation Program provides limited financial assistance to victims of violent crime who have experienced a financial loss as the direct result of the crime, as long as the loss is not reimbursable through other sources, such as insurance.
Chương Trình Bồi Thường Thiệt Hại Cho Nạn Nhân cung cấp giới hạn về mặt tài chính trợ giúp nạn nhân bị hành hung và chịu tổn thất về mặt tài chính trực tiếp gây ra từ hậu quả của tội hình sự nếu tổn thất đó chưa đền bù bởi các nguồn khác như từ các cộng ty bảo hiểm.

ELIGIBILITY REQUIREMENTS-YÊU CẦU CẦN THIẾT ĐỂ ĐƯỢC BỒ THƯỜNG:

- The crime has been reported to a law enforcement officer, who must conclude that a crime was committed.
  -Việc phạm pháp đã được báo cáo với nhà trách chức và đã được kết luận là tội hình sự.
- The victim has suffered physical injury or emotional harm as a direct result of a violent crime.
  -Nạn nhân bị tổn thương về thể xác hay tinh thần do hậu quả trực tiếp từ việc hành hung.
- The crime was committed in Vermont, or was committed against a Vermont resident in a state or country that does not have a Compensation Program.
  -Tội hình sự xảy ở Vermont hay ở tiểu bang hoặc quốc gia khác không có chương trình bồi thường thiệt hại cho nạn nhân nhằm chống lại cư dân tiểu bang Vermont.
- The crime was committed after July 1, 1987.
  -Tội hình sự vi phạm sau ngày 1 tháng 7, 1987.
- The victim did not violate a criminal law of this state which caused or contributed to his or her injuries or death.
  -Nạn nhân không vi phạm luật hình sự của tiểu bang có liên quan đến nguyên nhân dẫn đến thương tật hay cái chết cho nạn nhân.
- Family members of a homicide victim are also eligible.
  -Gia đình của nạn nhân bị giết cũng được bồi thường.

Where appropriate, money is available to pay for the following expenses, as long as they have not already been paid by other sources.
Trong trường hợp thích đáng, tiền sẽ được bồi thường cho những chi phí sau nếu chưa được bồi thường từ các nguồn tài chính khác. Tiền được bồi thường cho các khoảng như sau:

• Medical and dental care- Chi phí liên quan đến y tế hay nha khoa.
• Counseling for victims and family members-Chi phí liên quan đến tư vấn cho nạn nhân và thành viên trong gia đình.
• Funeral expenses-Tiền tang lễ.
• Lost wages due to time missed from work-Tiền mất do nghỉ làm việc.
• Other expenses such as prescriptions, eyeglasses, and limited transportation costs-Những chi phí liên quan dến thuốc men, kính đeo, tiền chi trả cho việc đi lại-có giới hạn.
• If death occurs as a result of the crime, legal dependents may receive temporary living expenses-Nếu nạn nhân chết nguyên nhân từ tội hình sự, người trợ cấp hợp pháp sẽ nhận tiền bồi thường cho việc sinh sống tạm thời.
• Limited relocation assistance-Chi phí hỗ trợ có giới hạn cho việc di dời chổ ở.
•Property losses are generally not covered.-Chi phí tài sản bi mất chưa thu hồi được.

For more information about Victims Compensation, call-Để biết them chi tiết về chương trình bồi thường thiệt hại cho nạn nhân, xin vui lòng liên lạc chúng tôi ở số
1-800-750-1213 (Voice – Vermont only-Chỉ dành cho tiểu bang Vermont)
1-802-241-1250 (Voice)
1-800-845-4874 (TTY - Vermont only- Chỉ dành cho tiểu bang Vermont)
1-802-241-1258 (TTY)
www.ccvs.state.vt.us

You may enclose crime-related bills with this application-Bạn có thể gởi kèm theo lá đon này với hoá đơn tiền chi tiêu liên quan đến tội hình sự trên.

Địa chỉ liên lạc, xin vui long ghi rõ:

Victims Compensation Program
58 South Main Street, Suite One
Waterbury VT 05676-1599