Aplikacija za odstetu Vermontskim Zrtvama

Mi razumijemo da ste vi trenutno u veoma teskoj situaciji. Ako vam je potrebna pomoc pri ispunjavanju ove aplikacije molim vas da nazovete Kompenzacioni Program za Zrtve na 1-800-750-1213 (samo Vermont) ili 1- 802-241-1250. Ako ste gluhonijemi molimo vas da nazovete 1-800-845-4874.

1 Dio: Informacija o zrtvi

Ime & prezime zrtve: _____

Adresa: _____

Grad: _____

Drzava: _____ Postanski Broj: _____

Telefon (kucni): _____

Telefon (poslovni) : _____

Ako nezelite da vas mi kontaktiramo na gore navedenoj adresi molimo vas da navedetu drugu:

_____

_____

Ako je zrtva maloljetnik/ca (zaokruzite):

x roditelj x staratelj Ime & prezime: _____

Datum rodjenja (roditelja/staratelja): _____

Telefon (kucni): _____

Telefon (poslovni) _____

Ako je adresa drugacija od zrtvine molimo navedite:

_____

_____

Ako je u drzavnom starateljstvu ime socijalnog radnika: _____

Ako je zrtva preminula:
Ime & prezime prezivjelog: _____

Adresa: _____

Grad: _____

Drzava: _____ Postanski Broj: _____

Datum rodjenja: _____

Telefon (kucni): _____

Telefon (poslovni) : _____

Srodstvo sa preminulim: _____

Punomoc za prikupljanje informacija:

Ovim ja dobrovoljno dajem punomoc u suglasnosti sa regulacijama za privatnost HIPAA (Prenosivost i Odgovornost Zdravstvenog Osiguranja 42USC §§ 132d et seq.) sve i jednoj bolnici, klinici, doktoru, zdravstvenom radniku i svim dole navedenim osobama koje su pregledala zrtvu, direktoru sahrane, kompaniji za osiguranje, savjetniku, advokatu ili nekoj drugoj osobi koja je ukazala slicne servise, svakom poslovodavcu ili traziocu, svakoj policijskoj ili drzavnoj ustanovi, ukljucujuci drzavnu ili federalnu poreznu upravu, ili bilo kojoj organizaciji koja ima relevantno znanje da snadbiju Vermontski Kompenzacioni Program za Zrtve sa svim informacijama sa postovanjem za ovaj slucaj. Kopija ove punomoci je vazeca kao i orginal osim ako to zakon zahtjeva drukacije. Dodatna distribucija ove inforamcije je zabranjena. Ja razumijem da ce ova punomoc da istekne nakon godinu dana od dana potpisa osim ako ja to drukacije navedem. Isto tako ja razumijem da mogu bilo kad da ponistim ovu punomoc pismenim javljanjem u Vermontski Kompenzacioni Program za Zrtve, osim ako se vec racuna na nju.

(Alternativni datum isteka ako je pozeljno): _____

Ime i prezime Zrtve:
_____

Datum rodjenja: _____

Potpis zrtve ili przivjele osobe: _____

Datum: _____

Potpis roditelja ili staratelja ako je zrtva maloljetna (ispod 18 god) _____

Datum: _____

NAPLATA, NAKNADA I UGOVOR ZA SUBROGACIJU

Ja razumijem da me Vermontski zakon obavazuje da kontaktiram i vratim dug Vermontskom Kompenzacionom Programu za Zrtve ako dobijem isplate od osudjenog, tuzbe ili osiguravajuceg zavoda i da Vermontski Kompenzacioni Program za Zrtve ima zalog protiv novca kojeg ja dobijem na osnovu ovog slucaja. Ja tvrdim da je informacija u ovo aplikaciji istinita i tacna. Isto tako ja razumijem da moj potpis nagovjestava da se ja slazem sa svim izjavama koje su navedene u ovom ugovoru.

Ime i prezime Zrtve:
_____

Datum rodjenja: _____

Potpis zrtve ili przivjele osobe: _____

Datum: _____

Potpis roditelja ili staratelja ako je zrtva maloljetna (ispod 18 god) _____

Datum: _____

II Dio - **Informacija o Zlocinu**

Molimo vas da dostavite sto vise inforamcije ako mozete. Ako nemate informaciju ostavite prazno polje a mi cemo pokusati da dobijemo dokumentaciju od policije ili vaseg Advokata za Zrtve.

Datum zlocina : _____ Datum prijave zlocina: _____

Ime (na) zlocinca (naca) : _____

Mjesto gdje se zlocin dogodio: _____

Policijska stanica gdje je zlocin prijavljen: _____

Ime policajca: _____

Broj slucaja: _____

Vrsta zlocina (zaokruzite):

* Seksualni slucaj *Obiteljski napad

* Seksualno zlostavljanje djeteta * Fizicko zlostavljanje djeteta

Ostalo: _____

Da li imate privatnog advokata u civilnom slucaju ili tuzbu protiv osiguranja koja se odnosi na ovaj zlocin? *DA *NE

Ime i prezime advokata: _____

Telefon: _____

III Dio -**Zahtjev za Odstetu**

Molimo vas da dostavite sto vise inforamcije ako mozete. Ako nemate informaciju ostavite prazno polje.

Ja zahtjevam odstetu za sljedece stete u vezi ovog zlocina:

* Zdravstvene *Zubarske *Sahrana * Savjetovanje

* Izgubljene plate * Milje za prevoz

*Ostalo:_____
_____

Molimo vas posaljite sve racune koje dobijete u vezi ovog zlocina u Vermontski Kompenzacioni Program za Zrtve.

Doktor: _____

Telefon: _____

Zubar: _____

Telefon: _____

Savjetnik: _____

Telefon: _____

Bolnica: _____

Telefon: _____

Sluzba za sahranu: _____

Telefon: _____

Informacija o zdravstvenom osiguranju:

Da li zrtva ima zdravstveno osiguranje, Medicaid ili Medicare? *Da *Ne

Naziv zdravstvenog osiguranja:

_____

Da li roditelj, staratelj ili prezivjeli ima zdravstveno osiguranje, Medicaid ili Medicare? *Da *Ne

Naziv zdravstvenog osiguranja: _____

Poslodavaoc: _____

Telefon: _____

Adresa: _____

Ime i prezime kontakt osobe na poslu: _____

Zbog ovog slucaja ja sam izostala/o na dole navedene dane:

Datum(i):	Razlog(zi):
1. _____	1._____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____
4. _____	4. _____

Biljeska: Ako trazite nadoknadu za izgubljene plate (vrijeme koje ste izostali sa posla) mi cemo da provjerimo sa firmom.

Da li ste dobili naknadu za izostavljeno vrijeme sa posla?
* DA * NE

IV Dio: **Neobavezna Informacija:**

Gdje ste culi o Vermontskom Kompenzacionom Programu za Zrtve?

* Policiji * Advokat za zrtve * DCF (Odjel za djecu i familije) * Bolnici

* Savjetnik * Radio * TV *Internet

* Ostali: _____

Sljedeca informacija je trazena kako bi se zadovoljila drzavna pravila a koristi se samo sa statistike.

Pol: *Muski * Zenski

Rasa: _____

Svaka opstina ima Advokata za Zrtve koji je smjesten u Sudu. Mi vam predlazemo da nazovete vaseg Advokata za Zrtve ako imate pitanja o sudskim postupcima. Za dodatne informacije o kontaktiranju Advokata nazovite Vermontski Kompenzacioni Program za Zrtve.

Vermontski Kompenzacioni Program za Zrtve

Vermontski Kompenzacioni Program za Zrtve pruza ogranicenu financijsku pomoc zrtvama nasilnog zlocina koji su dozivjeli financijski gubitak zbog tog zlocina, ukoliko taj gubitak nije isplacen od strane drugih izvora, kao sto je osiguranje.

Uvjeti za kvalifikovanje:

- Zlocin je prijavljen policajcu koji ce to potvrditi
- Zrtva je pretrpjela fizicku ili emocionalnu povredu na osnovu ovog zlocina
- Zlocin se desio u Vermontu ili nad stanovnikom Vermonta u drzavi ili u drugoj zemlji gdje nema Kompenzacioni program.
- Zlocin se desio poslije 1 Jula, 1987

- Zrtva nije preksila/o kriminalni zakon the drzave koji je uzrukovao njene/njegove povrede ili smrt.

- Clanovi porodice od zrtve ubistva se mogu kvalifikovati.

Gdje je prikladno novac je dostupan za dole navedene troskove, osim ako je vec to naplaceno od strane drugih izvora:

- Zdravstveni i zubarski tretman
- Savjetovanje za zrtve i njihovu familiju
- Troskovi za sahranu
- Izgubljene plate zbog izostavljenog vremena sa posla
- Drugi troskovi kao sto su ljekovi, naocale i ograniceni troskovi transportacije
- Ako se desila smrt zbog zlocina, legalno zavisne osobe bi mogli da dobiju privremenu pomoc za zivotne troskove
- Ogranicenu pomoc pri preseljenju

Izgubljene nekretnine nisu pokrivene.

Za dodatne informacije o Vermontskom Kompenzacionom Programu za Zrtve, molimo nazovite nas na:

1-800-750-1213 (Govorna linija – samo u Vermontu)
1-802-241-1250 (Govorna linija)
1-800-845-4874 (linija za glohonijeme – samo u Vermont)
1-802-241-1258 (linija za gluhonijeme)
www.ccvs.state.vt.us

Racune koji su nastali zbog ovog zlocina mozete poslati sa ovom aplikacijom.

Vermontski Kompenzacioni Program za Zrtve
1-800-750-1213 (Govorna linija – samo u Vermontu)
1-802-241-1250 (Govorna linija)
1-800-845-4874 (linija za glohonijeme – samo u Vermont)
1-802-241-1258 (linija za gluhonijeme)
www.ccvs.state.vt.us