

APPLICATION POUR LE VERMONT DE COMPENSATION DES VICTIMES

Nous réalisons que ceci est un temps difficile pour vous. Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, appelez le Programme de Compensation des victimes au 1-800-750-1213 (VT seulement) ou 802-241-1250. Si vous êtes sourd ou malentendant, appelez s'il vous plait notre TTY# 1-800-845-4874.

PARTIE 1: Information sur la victime

Nom de la
victime:-----

Adresse postale:-----

ville:-----

État:----- Code postal:-----

N# de téléphone à domicile:-----

N# de tél au travail:-----

Si vous ne désirez pas être contacté à l'adresse ci-dessus mentionnée veuillez nous fournir une autre adresse postale et n# de téléphone.

Si la victime est mineure:

-----Parent ou tuteur/trice) légal/e(nom):-----

Date de naissance du Parent/ tuteur/trice:-----

N# de tél à domicile:-----

N# de tél au travail:-----

Si l'adresse diffère de celle de la victime, veuillez fournir:-----

En cas d'une garde avec DCF, nom de l'assistant/e social/e:-----

Si la victime est décédée:

Nom du/de la
survivant/e:-----

Adresse postale:-----

Ville ::----- État----- Code postal:-----

Date de naissance:-----

N# de tél à domicile:----- N# de tél au travail:-----

Relation avec la personne décédée:-----

AUTORISATION POUR OBTENIR DES RENSEIGNEMENTS

J'autorise par la présente, conformément au règlement confidentiel sous HIPAA(la "Health Insurance Portability et la Loi de Responsabilité, 42USC §§ 132d et seq.) tout hôpital, clinique, médecin, fournisseur de soins médicaux, ou toute autre personne ayant soigné ou examiné la victime nommée ci-dessous; tout entrepreneur de pompes funèbres, compagnie d'assurance, conseiller, avocat, ou toute autre personne ayant rendu des services reliés; tout employeur de la victime ou demandeur, toute police, ou agence gouvernementale, y compris les services sur le Revenu d'État ou Fédéral; ou toute organisation ayant des connaissances justificatives, à fournir au Programme de Compensation des Victimes toute information en leur possession en rapport avec l'incident à la base de cette revendication. Une photocopie de cette autorisation est aussi effective et valide que l'original, sauf si requise par la loi. Toute autre publication de cette information est interdite. Je comprends que cette autorisation expirera un an à partir de la date de cette autorisation, à moins que je le spécifie autrement. De plus je comprends que je peux révoquer cette autorisation en tout temps en avisant le Programme de Compensation des Victimes par écrit, sauf dans la mesure où la demande est déjà en traitement.

(Autre date d'échéance si désiré):-----

Nom de la victime:-----

Date de naissance:-----

Signature de la victime ou du survivant/e:-----

Date:-----

Signature du parent ou tuteur/trice si la victime a moins de 18 ans:-----

Date:-----

REMBOURSEMENT, RESTITUTION, ACCORD DE SUBROGATION

Je comprends que la loi du Vermont exige que je contacte et rembourse le Programme de Compensation des victimes, si je reçois des paiements du délinquant, une procédure civile, ou compagnie d'assurance, et que le Programme de compensation des victimes a un privilège sur tout argent que je pourrais obtenir à la suite de cette infraction. Je comprends aussi que je dois aviser le Programme si j'engage un avocat pour me représenter dans toutes procédures reliées à cette infraction. Je certifie que l'information sur ce formulaire est vraie et exacte à ma connaissance. Je comprends que ma signature indique mon accord avec toutes les déclarations spécifiées dans cette entente.

Nom de la victime:-----

Date de naissance:-----

Signature de la victime ou du/de la survivant/e:-----

Date:-----

Signature du parent ou tuteur/rice, si la victime est mineure:-----

Date:-----

Partie II: Information sur l'infraction

SVP complétez avec le plus d'information possible. Si vous n'avez pas cette information, laissez l'espace blanc, nous essayerons d'obtenir ces documents par la police ou par votre représentant/e légal/e pour les victimes.

Date de l'infraction: ----- date signalée de l'infraction:-----

Nom(s) du(des)suspect(s): -----

Ville où l'infraction a été commise: -----

Poste de police signalé: -----

Nom de l'officier de police: -----

Numéro de l'incident: -----

Type d'infraction

----- Agression sexuelle ----- violence conjugale

----- Agression sexuelle sur un enfant ----- maltraitance physique
sur un enfant

----- Agression physique ----- homicide ----- conduite sous
influence

Autre: -----

Êtes-vous représenté par un avocat privé dans un procès civil ou par une protection
d'assurance, concernant cette infraction ? ----- oui ----- non

Nom de l'avocat: -----

Tél: -----

Partie III : DEMANDES D'INDEMNISATION

SVP complétez avec le plus d'informations possible. Si vous n'avez pas cette
information, laissez l'espace blanc.

Je demande l'indemnisation pour les pertes suivantes reliées à l'infraction.

----- médicale ----- dentaire ----- obsèques ----- assistance

----- perte de salaire (arrêt de travail) ----- kilométrage

Autre: -----

Envoyez s'il vous plaît toutes factures reliées à l'infraction que vous recevez au Programme de compensation des Victimes.

Medecin: -----

Téléphone: -----

Dentiste: -----

Tél : -----

Conseiller: -----

Tél : -----

Hôpital: -----

Tél : -----

Entreprise de pompes funébres:

Tél : -----

Information sur votre Assurance:

Est-ce que la victime a une assurance maladie, ou Medicaid, ou Medicare ?

----- oui ----- non

Nom de la compagnie d'assurances

Est-ce que le parent, tuteur/trice, ou survivant/e a une assurance ou Medicaid ou Medicare?

----- oui ----- non

Nom de la compagnie d'assurances: -----

Employeur : -----

Tél : -----

Adresse: -----

Nom de la personne à contacter au travail : -----

En raison du crime j'étais en arrêt de travail pour ce qui suit :

Date(s)	Raison(s)
1 -----	1 -----
2 -----	2 -----
3 -----	3 -----
4 -----	4 -----

S'il vous plaît soyez avisé : si vous demandez des dédomagements pour des pertes de salaire (arrêt de travail), nous contacterons votre employeur.

Avez-vous été rémunéré pour le temps manqué au travail ?

----- oui ----- non

Si vous manquez le travail à l'avenir pour des raisons reliées à l'infraction, contactez nous s'il vous plaît avec les dates supplémentaires.

PARTIE IV: INFORMATION OPTIONELLE

Où avez-vous entendu parlé du Programme de Compensation des Victimes?

----- police ----- représentant/e légal(e) de la victime ----- DCF ----- hôpital

----- conseiller ----- radio ----- Télé ----- internet

Autre : -----

L'information suivante est requise conformément aux règlements fédéraux, et seulement à des fins statistiques.

Sexe : ----- masculin ----- féminin

Chaque comté a un représentant(e) légal(e) situé/e au bureau de l'Avocat d'État. Nous vous encourageons à appeler votre représentant(e) légal(e) pour toutes questions que vous pourriez avoir sur la procédure du tribunal. Pour savoir comment contacter votre représentant(e) légal(e), appelez le Programme de Compensation des Victimes.

PROGRAMME DE COMPENSATION DES VICTIMES

Le Programme de Compensation des Victimes fournit une aide financière limitée aux victimes d'infractions violentes qui ont subi une perte financière en conséquence directe de l'infraction, tant que la perte n'est pas remboursable par d'autres sources, telle qu'une assurance.

EXIGENCES D'ADMISSIBILITÉ

- L'infraction a été rapportée à un agent du maintien de l'ordre, qui doit conclure qu'une infraction a été commise.
- La victime a souffert de blessures physiques ou trouble émotionnel comme conséquence directe de l'infraction violente.
- L'infraction a été commise dans le Vermont, ou a été commise contre un résident du Vermont, dans un état ou pays qui n'a pas de Programme de Compensation.
- L'infraction a été commise après le premier Juillet, 1987
- La victime n'a pas enfreint le droit criminel de cet état qui a causé ou contribué à ses propres blessures ou décès.
- Les membres de la famille d'une victime d'homicide sont également éligibles.

Lorsqu' approprié, de l' argent est disponible afin de payer les dépenses suivantes, sauf si elles ont déjà été payées par d' autres sources:

- Soins médicaux et dentaires
- Assistance pour les victimes et membres de la famille
- Dépenses pour les obsèques
- Perte de salaire du à un arrêt de travail
- Autres dépenses telles qu' ordonnances, lunettes, et coûts limités de transport
- Si un décès se produit en conséquence de l' infraction les dépendants légaux peuvent recevoir de l' argent temporairement pour leurs dépenses .
- Assistance pour prime de relogement limitée

La perte de biens n' est généralement pas garantie.

Pour plus d' information sur le Programme de Compensation des Victimes
Appellez le: 1-800-750-1213 (voix- seulement le Vermont)
1-802-241-1250 (voix)
1-800-845-4874 (TTY- seulement le Vermont)
1-802-241-1258 (TTY)

Vous pouvez joindre des factures reliées à l' infraction avec cette demande.

PROGRAMME DE COMPENSATION DES VICTIMES
58 SOUTH MAIN STREET, SUITE ONE
WATERBURY, VT.05676-1599
1-800-750-1213 (VOIX-SEULEMENT LE VERMONT)
1-802-241-1250 (VOIX)
1-800-845-4874 (TTY- SEULEMENT LE VERMONT)
1-802-241-1258 (TTY)
www.ccv.s.state.vt.us

