

# **ZAHTJEV ZA NADOKNADU ZA ŽRTVE U SAVEZNOJ DRŽAVI VERMONT**

Znamo da je ovo težak period za Vas. Ako Vam je potrebna pomoć kod popunjavanja ovog obrasca pozovite Program nadoknade žrtvama na brojeve navedene u nastavku. Više informacija možete potražiti i na našoj web lokaciji.

**Program nadoknade žrtvama** pruža ograničenu finansijsku pomoć žrtvama zločina koje su doživjele finansijski gubitak kao direktnu posljedicu zločina, ako se gubitak ne može nadoknaditi putem drugih izvora, kao što je osiguranje.

## **Program nadoknade žrtvama**

60 South Main Street

Waterbury, Vermont 05676

**1-800-750-1213 (glasovni poziv – samo u Vermontu)**

**1-802-241-1250 (glasovni poziv)**

**1-802-241-1253 (faks)**

**[www.ccvv.vermont.gov](http://www.ccvv.vermont.gov)**



**Zadržite ovu stranicu za svoju evidenciju.**

## Zahtjevi za ispunjavanje uslova

- Zločin je prijavljen službeniku za sprovođenje zakona koji mora ustanoviti da je zločin počinjen.
- Žrtva je pretrpjela fizičku ili emocionalnu povredu kao direktnu posljedicu zločina.
- Zločin je počinjen u Vermontu ili je počinjen stanovniku Vermonta u državi koja nema Program nadoknade.
- Zločin je počinjen nakon 1. jula 1987.
- Žrtva nije prekršila krivični zakon ove države što je dovelo ili doprinijelo njenim povredama ili smrti.
- Članovi porodice žrtve ubistva također ispunjavaju uslove.

Ako je primjereno, novac se može isplatiti za sljedeće troškove, ako nisu već plaćeni iz drugih izvora:

- medicinska njega i stomatološke usluge
- savjetovanje za žrtve i članove porodice
- troškovi sahrane
- neprimljena plaća zbog odsustva s posla
- drugi troškovi kao što su lijekovi na recept, naočale i ograničeni putni troškovi
- u slučaju smrti kao posljedice zločina, zakonski uzdržavane osobe mogu privremeno dobiti novac za troškove za život
- ograničena pomoć oko premještanja
- njega kućnog ljubimca/povreda/smrt

*Gubitak imovine se obično ne pokriva.*

## Uputstva za popunjavanje zahtjeva

**Morate popuniti kompletan zahtjev. Vodite računa da:**

1. potpišete i datirate odjeljak „Odobrenje za pribavljanje informacija“ u zahtjevu. Ako želite, možete navesti drugi datum isteka;
2. potpišete i datirate odjeljak „Otplata, restitucija i subrogacija“ u zahtjevu;
3. potpišete i datirate nakon „izjava o potvrđi“;
4. nakon što popunite prijavu, zalijepite ili zaheftajte sve strane prije slanja.

Ako nam želite prijavu poslati u zasebnoj koverti i nemate markicu, obratite se Programu nadoknade žrtvama i poslat ćemo Vam kovertu s unaprijed plaćenom poštarinom u kojoj možete poslati zahtjev i/ili račune.

Ako u budućnosti dobijete račune povezane sa zločinom, pošaljite ih na adresu koja se nalazi na prvoj strani ovog zahtjeva.

**Zadržite ovu stranicu za svoju evidenciju.**

## I. Informacije o žrtvi

Ime i prezime žrtve: \_\_\_\_\_

Poštanska adresa: \_\_\_\_\_

Grad: \_\_\_\_\_

Država: \_\_\_\_\_ Poštanski broj: \_\_\_\_\_

Broj telefona: \_\_\_\_\_ Broj telefona na poslu: \_\_\_\_\_

Broj mobitela: \_\_\_\_\_ Adresa e-pošte: \_\_\_\_\_

Ako ne želite da s Vama kontaktiramo na gore navedenu adresu, navedite drugu adresu ili broj telefona:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Ako je žrtva maloljetna:

Ime i prezime roditelja  ili zakonskog staratelja:

\_\_\_\_\_

Datum rođenja roditelja/staratelja: \_\_\_\_\_

Broj telefona: \_\_\_\_\_ Broj telefona na poslu: \_\_\_\_\_

Broj mobitela: \_\_\_\_\_ Adresa e-pošte: \_\_\_\_\_

Ako se adresa razlikuje od adrese žrtve:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ako je pod nadzorom odjela za djecu i porodicu, ime i prezime socijalnog radnika:

\_\_\_\_\_

### Ako je žrtva preminula:

Ime i prezime preživjele osobe: \_\_\_\_\_

Poštanska adresa: \_\_\_\_\_

Grad: \_\_\_\_\_

Država: \_\_\_\_\_ Poštanski broj: \_\_\_\_\_

Broj telefona: \_\_\_\_\_ Broj telefona na poslu: \_\_\_\_\_

Broj mobitela: \_\_\_\_\_ Adresa e-pošte: \_\_\_\_\_

Datum rođenja preživjele osobe: \_\_\_\_\_

Odnos sa žrtvom: \_\_\_\_\_

## II. Informacije o zločinu

Navedite što više informacija možete. Ako nemate ove informacije, ostavite prostor praznim a mi ćemo pokušati da dobijemo dokumentaciju od policije ili Vašeg advokata za žrtve.

Datum zločina: \_\_\_\_\_ Datum prijave: \_\_\_\_\_

Ime i prezime osumnjičene osobe: \_\_\_\_\_

Datum rođenja osumnjičene osobe: \_\_\_\_\_

Grad u kojem se zločin dogodio: \_\_\_\_\_

Policajska stanica kojoj je zločin prijavljen: \_\_\_\_\_

Ime i prezime policajca: \_\_\_\_\_

Broj incidenta: \_\_\_\_\_

### Vrsta zločina: (označite sve što je primjenjivo)

- požar
- napad
- provala
- fizičko zlostavljanje/zanemarivanje djeteta
- dječija pornografija
- seksualno zlostavljanje djeteta
- porodično nasilje
- vožnja pod uticajem alkohola ili drugih supstanci
- prevara/finansijski zločini
- ubistvo
- trgovina ljudima
- kidnapovanje
- druga krivična djela u saobraćaju
- pljačka
- seksualni napad
- uhođenje
- terorizam
- drugo \_\_\_\_\_

Predstavlja li Vas privatni advokat u građanskoj parnici ili postupku u vezi s potraživanjem osiguranja u vezi s ovim zločinom?  Da  Ne

Ime i prezime advokata: \_\_\_\_\_

Adresa e-pošte: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

## III. Zahtjevi za nadoknadu

Navedite što više informacija možete. Ako nemate ovu informaciju, prostor ostavite praznim.

Tražim nadoknadu za sljedeće gubitke povezane sa zločinom:

- pomoć za brigu o djeci
- savjetovanje
- čišćenje mjesta zločina
- stomatološke usluge
- naočale, slušna pomagala, proteze ili protetski uređaji uzeti, izgubljeni, uništeni tokom zločina

- troškovi sahrane
- gubitak izdržavanja
- neprimljene plaće (zbog odsustva s posla)
- medicinska njega
- pređena kilometraža/gorivo
- plaćanje računa za kućne ljubimce koji su povrijeđeni ili uginuli tokom zločina

- smještaj za kućne ljubimce
- stanarina/preseljenje
- sigurnost/zaštita
- privremeni životni troškovi
- putni troškovi/troškovi transporta
- drugo: \_\_\_\_\_

**➔ Pošaljite sve račune povezane sa zločinom Programu nadoknade žrtvama. Navedite ime i prezime i broj telefona pružaoca usluge kojeg posjećujete zbog liječenja povezanog sa zločinom u nastavku:**

Zubar: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
 Ljekar: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
 Bolnica: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
 Savjetnik: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
 Pogrebno preduzeće: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

#### Informacije o osiguranju:

Ima li žrtva zdravstveno osiguranje?  Da  Ne

Ako je odgovor da, navedite naziv osiguravajućeg društva:

Medicaid  Medicare  MVP  Blue Cross/Blue Shield  Cigna

Drugo: \_\_\_\_\_ ID broj osiguranja: \_\_\_\_\_

Da li roditelj, staratelj ili preživjela osoba ima zdravstveno osiguranje?  Da  Ne

Ako je odgovor da, navedite naziv osiguravajućeg društva:

Medicaid  Medicare  MVP  Blue Cross/Blue Shield  Cigna

Drugo: \_\_\_\_\_ ID broj osiguranja: \_\_\_\_\_

**Naziv poslodavca:** \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Grad: \_\_\_\_\_ Država: \_\_\_\_\_ Poštanski broj: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Adresa e-pošte poslodavca: \_\_\_\_\_

Ime i prezime osobe za kontakt na poslu: \_\_\_\_\_

Zbog zločina, odsustvovao/la sam s posla:

Datumi odsustva:

Razlog:

1. \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

**NAPOMENA: AKO TRAŽITE NADOKNADU ZA NEPRIMLJENE PLAĆE (ZBOG ODSUSTVA S POSLA), KONTAKTIRAT ĆEMO S VAŠIM POSLODAVCEM.**

Jeste li dobili plaću za vrijeme tokom kojeg ste odsustvovali s posla?  Da  Ne

➔ **Ako u budućnosti ne dođete na posao iz razloga povezani sa zločinom, obratite nam se i navedite dodatne datume.**

#### IV. Opcionalne informacije

Kako ste saznali za Program nadoknade žrtvama?

- Savjetnik
- Odjel za djecu i porodicu
- Advokat za žrtve
- Bolnica
- Policija
- TV
- Internet
- Radio
- Organizacija koja pruža usluge osobi s invaliditetom
- Drugo (navesti koje) \_\_\_\_\_

**Sljedeće informacije su opcionalne i traže se samo u skladu sa saveznim propisima te služe samo u statističke svrhe.**

**Rasa/etnička pripadnost: (samostalno prijavljeno)**

- Američki Indijanac ili starosjedilac Aljaske
- Azijat
- Crnac ili Afrički Amerikanac
- Hispanac ili Latino
- Starosjedilac Havaja ili drugih pacifičkih ostrva
- Bijelci koji nisu Hispanci
- Druga rasa
- Više rasa

**Spol: (samostalno prijavljeno)**  Muško  Žensko  Odredite sami: \_\_\_\_\_

**Kako bismo Vam bolje pomogli, treba li Vam pomoć kod bilo čega od sljedećeg:**

(opcionalno)

- Oštećenje vida
- Gluh/a ili nagluh/a
- Fizički invaliditet
- Dijagnoza mentalnog zdravlja
- Intelektualni invaliditet

Navedite invaliditet ako nije prethodno popisan: \_\_\_\_\_

**Navedite kakvu pomoć želite da Vam pružimo:**

- Prijevod na američki znakovni jezik  Prijevod
- Odštampane materijale u velikom formatu

Pomoć u komunikaciji (navesti): \_\_\_\_\_

Drugo navesti koje: \_\_\_\_\_

Svaki okrug ima advokata za žrtve u okviru ureda Pravobranilaštva. Ohrabujemo Vas da pozovete svog advokata ako imate bilo kakvih pitanja o sudskom postupku. Da biste dobili informacije o tome kako da kontaktirate sa svojim advokatom, pozovite Program nadoknade žrtvama na 1-800-750-1213 (glasovni poziv – samo u Vermontu) ili 1-802-241-1250 (glasovni poziv)

**Nastavak na sljedećoj stranici**

**Morate potpisati i datirati na sljedeća tri (3) mjesta kako biste ispunili uslove za Nadoknadu za žrtve.**

### **ODOBRENJE ZA PRIBAVLJANJE INFORMACIJA**

Ovim putem dobrovoljno ovlaštujem, u skladu s propisima privatnosti prema HIPPA (Zakon o prenosivosti i odgovornosti zdravstvenog osiguranja, naslov 42 američkog Zbornika zakona (USC) odjeljak 132d i naredni), bilo koju bolnicu, kliniku, ljekara, pružaoca zdravstvenih usluga ili drugu osobu koja je njegovala ili pregledala dolje navedenu žrtvu; bilo kojeg pogrebnika, osiguravajuće društvo, savjetnika, advokata ili bilo koju drugu osobu koja je pružila povezane usluge; bilo kojeg poslodavca žrtve ili podnosioca zahtjeva; bilo koju policijsku ili vladinu agenciju, uključujući državne ili savezne porezne uprave; ili bilo koju organizaciju koja ima odgovarajuće znanje za pružanje bilo kojih i svih informacija koje posjeduju Programu nadoknade žrtvama savezne države Vermont u pogledu incidenta na osnovu ovog potraživanja. Fotokopija ovog odobrenja stupa na snagu i validna je kao originalna osim ako drugačije ne nalaže zakon. Zabranjeno je daljnje širenje ovih informacija. Razumijem da će odobrenje isteći nakon jedne godine od datuma ovog odobrenja osim ako drugačije ne naznačim.

Razumijem da mogu povući ovo odobrenje bilo kada slanjem obavještenja Programu nadoknade žrtvama pisanim putem, osim ako u tom pogledu nisu poduzete mjere.

Alternativni datum isteka, po želji: \_\_\_\_\_

Ime i prezime žrtve: \_\_\_\_\_ Datum rođenja: \_\_\_\_\_

Potpis žrtve ili preživjele osobe: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Potpis roditelja ili staratelja ako je žrtva mlađa od 18: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

### **SAGLASNOST ZA OTPLATU, RESTITUCIJU I SUBROGACIJU**

Razumijem, u moje ime, ime opunomoćenika, nasljednika ili uzdržavane osobe, da zakon savezne države Vermont nalaže da se obratim i vratim novac Programu nadoknade žrtvama ako dobijem uplatu od prekršioca, u okviru građanskog postupka ili od osiguravajućeg društva te da Program nadoknade žrtvama ima založno pravo na bilo koji novac koji mogu povratiti kao rezultat ovog zločina. Također razumijem da moram obavijestiti Program ako unajmim advokata da me predstavlja u bilo kojem postupku povezanom s ovim zločinom. Razumijem da moj potpis znači da se slažem s izjavama navedenim u ovoj saglasnosti.

Ime i prezime žrtve: \_\_\_\_\_ Datum rođenja: \_\_\_\_\_

Potpis žrtve ili preživjele osobe: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Potpis roditelja ili staratelja ako je žrtva mlađa od 18: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

### **POTVRDA**

Potvrđujem da su informacije u ovom zahtjevu istinite i tačne koliko mi je poznato.

Potpis žrtve ili preživjele osobe: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Potpis roditelja ili staratelja ako je žrtva mlađa od 18: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_