

भरमोन्ट पीडित क्षतिपूर्तिको लागि आवेदन

हामी तपाईंको लागि यो गाहो समय हो भनेर महसुस गर्दछौं। यदि तपाईंलाई यो फाराम भर्न सहयोग चाहिएको छ भने, तल सूचीबद्ध गरिएका नम्बरहरूमा पीडित क्षतिपूर्ति कार्यक्रमलाई (Victims Compensation Program) सम्पर्क गर्नुहोस्। थप जानकारीको लागि तपाईं हाम्रो वेबसाइटमा पनि हेर्न सक्नुहुन्छ।

पीडित क्षतिपूर्ति कार्यक्रमले बीमा जस्ता अन्य स्रोतहरूमार्फत घाटा भएको रकम फिर्ता लीन नमिल्दासम्म अपराधको प्रत्यक्ष परिणामको रूपमा आर्थिक घाटा अनुभव गरेका अपराधको पीडितहरूलाई सीमित आर्थिक सहायता प्रदान गर्दछ।

Victims Compensation Program

60 South Main Street

Waterbury, Vermont 05676

1-800-750-1213 (भ्वाइस – VT मात्रै)

1-802-241-1250 (भ्वाइस)

1-802-241-1253 (फ्याक्स)

www.ccvv.vermont.gov



तपाईंको रेकर्डको लागि यो पृष्ठ राख्नुहोस्।

योग्यता आवश्यकताहरू

- अपराधको बारेमा कानून कार्यान्वयन गर्ने अधिकारीलाई खबर गरिएको छ, जसले अपराध गरिएको थियो भन्ने निष्कर्षमा पुग्न पर्दछ।
- पीडितले अपराधको प्रत्यक्ष परिणामको रूपमा शारीरिक चोट वा भावनात्मक चोट भोग्नु परेको छ।
- यो अपराध भरमोन्टमा भएको थियो, वा क्षतिपूर्ति कार्यक्रम नभएको देश भरमोन्टको बासिन्दा विरुद्ध भएको थियो।
- यो अपराध सन् 1987, जुलाई 1 पछि भएको थियो।
- पीडितले निज आफूलाई चोटपटक हुने वा मृत्यु गराउने वा हुने यस राज्यको फौजदारी कानूनको उल्लङ्घन गरेनन्।
- हत्याको शिकार भएको परिवारका सदस्यहरू पनि योग्य रहेका छन्।

उपयुक्त भएको ठाउँमा, उनीहरूलाई अन्य स्रोतहरूद्वारा भुक्तान नगर्दासम्म, निम्न खर्चहरू भुक्तान गर्न पैसा उपलब्ध हुन्छ।

- उपचार तथा दन्त हेरचाह
- पीडित र परिवारका सदस्यहरूका लागि परामर्श
- अन्त्येष्टि खर्च
- काम गर्न नपाएको समयको कारण गुमाएको ज्याला रकम
- अन्य खर्चहरू जस्तै पर्ची, चशमा, र सीमित यातायात खर्चहरू
- यदि अपराधको परिणाम स्वरूप मृत्यु भएको हो भने, कानूनी रूपमा आश्रित व्यक्तिहरूले अस्थायी रूपमा बसन् खर्च पाउन सक्छन्
- सीमित पुनर्वास सहायता
- घरपालुवा जनावरको हेरचाह/चोट पटक/मृत्यु

घरजग्गामा भएको घाटाहरूलाई सामान्यतया समेटिने छैन।

आवेदनका निर्देशनहरू

तपाईंले यो आवेदनका सबै कुराहरू अनिवार्य पूरा गर्नु पर्दछ। तपाईंले निम्न कुराहरू गरेको निश्चित गर्नुहोस्:

1. आवेदनको "जानकारी प्राप्त गर्ने आधिकारिकता" खण्डमा हस्ताक्षर गर्नुहोस् र मिति लेख्नुहोस्। यदि तपाईंले चाहनुभएको खण्डमा, तपाईं वैकल्पिक म्याद समाप्त हुने मिति प्रदान गर्न सक्नुहुन्छ।
2. आवेदनको "पुनः भुक्तानी, पुनर्स्थापना, र बिमा रकम प्राप्त गर्ने कार्य" को खण्डमा हस्ताक्षर गर्नुहोस् र मिति लेख्नुहोस्।
3. "प्रमाणीकरण विवरण" पछि हस्ताक्षर गर्नुहोस् र मिति लेख्नुहोस्।
4. तपाईंले यो आवेदन भर्नु भएपछि, कृपया पत्र पठाउनुभन्दा पहिला सीलबन्द गर्न सबैतिरबाट टेप लगाउनुहोस् वा स्थापल लगाउनुहोस्।

यदि तपाईं हामीलाई अर्को छुट्टै खाममा आफ्नो आवेदन हामीलाई पठाउन चाहनुहुन्छ र स्ट्याम्प छैन भने, कृपया पीडित क्षतिपूर्ति कार्यक्रमलाई सम्पर्क गर्नुहोस् र हामी तपाईंलाई आफ्नो आवेदन र/वा बिलहरू पठाउन हुलाक भुक्तानी गर्ने खाम पठाउनेछौं।

यदि तपाईं भविष्यमा धेरै अपराध सम्बन्धी बिलहरू प्राप्त गर्नुभएमा, कृपया तपाईंले हामीलाई यो आवेदनको पहिलो पृष्ठमा भएको ठेगानामा पठाउनुभएको सुनिश्चित गर्नुहोस्।

तपाईंको रेकर्डको लागि यो पृष्ठ राख्नुहोस्।

I. पीडितको जानकारी

पीडितको नाम: _____

पत्राचार गर्ने ठेगाना: _____

शहर वा नगर: _____

राज्य: _____ जिल्ला: _____

घरको फोन: _____ कार्यालयको फोन: _____

मोबाइल नम्बर: _____ इमेल ठेगाना: _____

यदि तपाईं हामीले माथिको ठेगानामा सम्पर्क गरेको चाहनुहुन्न भने, कृपया अर्को पत्राचार गर्ने ठेगाना र फोन नम्बर प्रदान गर्नुहोस्:

यदि पीडित नाबालिग हो भने:

• आमाबाबु वा • कानुनी अभिभावकको नाम:

आमाबाबु/अभिभावकको जन्म मिति: _____

घरको फोन: _____ कार्यालयको फोन: _____

मोबाइल फोन: _____ इमेल ठेगाना: _____

यदि ठेगाना पीडितको ठेगानाभन्दा फरक छ भने:

यदि DCF (बालबालिका तथा परिवार विभाग) हिरासतमा भए, मामिला कामदारको नाम:

यदि पीडितको मृत्यु भएको छ भने:

बच्चेको व्यक्तिको नाम: _____

पत्राचार गर्ने ठेगाना: _____

शहर वा नगर: _____

राज्य: _____ जिल्ला: _____

घरको फोन: _____ कार्यालयको फोन: _____

मोबाइल फोन: _____ इमेल ठेगाना: _____

बच्चेको व्यक्तिको जन्म मिति: _____

पीडितको सम्बन्ध: _____

II. अपराधको बारेमा जानकारी

कृपया तपाईंले सकेसम्म धेरै निम्न जानकारी पूरा गर्नुहोस्। यदि तपाईंसँग यो जानकारी छैन भने, ठाउँलाई खाली छोड्नुहोस्, र हामी प्रहरी वा तपाईंको पीडित अधिवक्ताबाट कागजात प्राप्त गर्न कोशिस गर्नेछौं।

अपराध भएको मिति: _____ खबर गरेको मिति: _____

शंकास्पद व्यक्ति(हरू) को नाम(हरू): _____

शंकास्पद व्यक्ति (हरू) को जन्म मिति: _____

अपराध भएको शहर: _____

खबर गर्नुपर्ने प्रहरी विभाग: _____

प्रहरी अधिकृतको नाम: _____

घटना नम्बर: _____

अपराधको प्रकार: (लागू हुने सबै चिन्ह लगाउनुहोस्)

- जानाजानी आगो लगाउने
- हातपात
- चोरी
- बाल शारीरिक शोषण/उपेक्षा
- बाल अश्लीलता
- बाल यौन दुर्व्यवहार
- घरेलु हिंसा

DUI (मादक पदार्थ तथा अन्य चीजहरू खाएर मात्दै नशामा सवारी चलाउने (Driving under influence, DUI))

- ठगी/पैसासम्बन्धी अपराधहरू
- मानिसको हत्या
- मानव तस्करी
- अपहरण
- अन्य सवारी साधनसम्बन्धी अपराध
- चोरी डकैती
- यौन दुर्व्यवहार
- थाहा नदिइकन पीछा गर्नु
- आतंकवाद
- अन्य _____

के तपाईंलाई फौजदारी मुद्दा वा यो अपराधको सम्बन्धी बीमा कार्यमा निजी वकिलद्वारा प्रतिनिधित्व गरिदैंछ ?

- हो
- होइन

वकिलको नाम:

इमेल: _____ फोन: _____

III. क्षतिपूर्तिको लागि अनुरोध

कृपया तपाईंले सकेसम्म धेरै निम्न जानकारी पूरा गर्नुहोस् । यदि तपाईंसँग यो जानकारी छैन भने, खाली ठाउँ छोड्नुहोस्।

म निम्न अपराधसँग सम्बन्धित घाटाका लागि क्षतिपूर्तिको लागि अनुरोध गरिरहेको छु:

- बालबालिका हेरचाह
- परामर्श
- घटना स्थल सर-सफाइ
- दन्त
- अन्त्येष्टि खर्च
- सहायताको हानी
- ज्यालाको हानी (कामबाट समय नहुनु)
- मेडिकल
- माइलेज/ग्याँस
- अपराध भएको बेलामा घाइते भएका वा मारिएका घरपालुवा जनावरहरूका लागि बिलको भुक्तानी
- अपराध भएको बेलामा नष्ट लिइएको, हराएको, नष्ट गरिएको चशमा, सुन्न सहयोग गर्ने यन्त्र, दन्त, वा कुनै कृत्रिम उपकरण
- घरपालुवा जनावरहरू पाल्नु
- भाडा/पुनर्वास
- सुरक्षा/बचाउ
- अस्थायी रूपमा बसोबास गर्ने खर्च
- यात्रा खर्च/यातायात खर्च
- अन्य: _____

→ कृपया तपाईंले पीडित क्षतिपूर्ति कार्यक्रममा प्राप्त गर्नुभएको कुनै पनि अपराधसँग सम्बन्धित बिलहरू पठाउनुहोस्। कृपया तपाईंले तल अपराध सम्बन्धी उपचार देखिरहनुभएको प्रदायक (हरू) को नाम र फोन नम्बर खुलाउनुहोस्:

दन्त चिकित्सक: _____ फोन: _____
डाक्टर: _____ फोन: _____
अस्पताल: _____ फोन: _____
परामर्शदाता: _____ फोन: _____
अन्त्येष्टि गर्ने घर: _____ फोन: _____

बीमा सूचना:

के पीडित व्यक्तिसँग स्वास्थ्य बीमा रहेको छ ? · छ · छैन

यदि छ भने, बीमा संस्थाको नाम:

- Medicaid · Medicare · MVP · ब्लू क्रस/ब्लू सिल्ड · सिग्ना (Cigna)
- अन्य: _____ बीमा ID #: _____

के आमाबाबु, अभिभावक वा बचेको व्यक्तिको स्वास्थ्य बीमा रहेको छ? · छ · छैन

यदि छ भने, बीमा संस्थाको नाम:

- Medicaid · Medicare · MVP · ब्लू क्रस/ब्लू सिल्ड · सिग्ना (Cigna)
- अन्य: _____ बीमा ID #: _____

रोजगारदाताको नाम: _____

ठेगाना: _____

शहर/नगर: _____ राज्य: _____ जिल्ला: _____

फोन: _____ रोजगारदाताको इमेल: _____

कामको सम्पर्क व्यक्तिको नाम: _____

अपराधको कारण, मैले निम्न कुराहरूको लागि काम गुमाए:

छुटेका मिति(हरू):	कारण:
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____
4. _____	4. _____

कृपया ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं गुमेको ज्यालाको क्षतिपूर्ति (काम गर्न नपाएको समय) को लागि भनिरहनुभएको छ भने, हामी तपाईंको रोजगारदारलाई सम्पर्क गर्नेछौं ।

के तपाईंलाई काममा नआउनुभएको समयको लागि रकम भुक्तानी गरियो? · गरियो · गरिएन

→ यदि तपाईंले अपराधसँग सम्बन्धित कारणहरूले गर्दा भविष्यमा जागिर गुमाउनुभयो भने, कृपया हामीलाई वैकल्पिक मितिमा सम्पर्क गर्नुहोस् ।

IV. वैकल्पिक जानकारी

तपाईंले वैकल्पिक क्षतिपूर्ति कार्यक्रमको बारेमा कहाँ सुन्नुभयो?

- परामर्श
- बालबालिका तथा परिवार विभाग
- पीडित अधिवक्ता
- अस्पताल
- प्रहरी
- TV
- इन्टरनेट
- रेडियो
- शारीरिक रूपमा अशक्त व्यक्तिको सेवा गरिरहेका संस्था
- अन्य (कृपया खुलाउनुहोस्) _____

निम्न जानकारी वैकल्पिक हो र संघीय नियमलाई पालना गर्न अनुरोध गरिन्छ, र यो तथ्याङ्किय प्रयोजनको लागि मात्रै हो।

जाति/जातीयता: (आफैले रिपोर्ट गरेको)

- अमेरिकी भारतीय वा अलास्का मूल निवासी
- एशियाली
- काला वा अफ्रिकी अमेरिकी
- हिस्पानिक वा ल्याटिनो
- मूल हवाई वा अन्य प्रशान्त टापुका बासिन्दा
- सेतो गैर-ल्याटिनो वा काकेशियन
- अर्को जाती
- विभिन्न जाती

लिङ्ग: (आफैले रिपोर्ट गरेको) · पुरुष · महिला · स्व: पहिचान: _____

तपाईंलाई राम्रोसँग मद्दत गर्नको लागि, तपाईंलाई निम्न मध्ये कुनैको लागि आवास चाहिन्छ: (वैकल्पिक)

- हेराइमा असक्षमता
- बहिरो वा सुन्नमा कठिनाइ
- शारीरिक रूपमा अशक्त
- मानसिक स्वास्थ्यको पहिचान
- बौद्धिक अशक्तता

यदि माथि सूचीबद्ध नगरिएको भए, कृपया शारीरिक अशक्ततालाई खुलाउनुहोस्: _____

कृपया तपाईंलाई हामीले कुन आवास (हरू) प्रदान गरौं भन्ने लाग्छ, सो को बारेमा हामीलाई जानकारी दिनुहोस्:

- अमेरिकी सांकेतिक भाषाको उल्था भाषाको उल्था
- ठूला प्रिन्ट गरिएका सामग्रीहरू

· सञ्चार सहायता (कृपया खुलाउनुहोस्): _____

अन्य कृपया खुलाउनुहोस्: _____

प्रत्येक काउन्टीको राज्यको अधिवक्ताको कार्यालयमा पीडित अधिवक्ता रहेको छ । हामी तपाईंलाई अदालतको प्रक्रियाको बारेमा तपाईंसँग भएको कुनै पनि प्रश्नको बारेमा आफ्नो अधिवक्तालाई सम्पर्क गर्न प्रोत्साहन गर्छौं । तपाईंको आफ्नो अधिवक्तालाई कसरी सम्पर्क गर्ने भन्ने जानकारीको लागि, निम्न नम्बरमा पीडित क्षतिपूर्ति कार्यक्रममा सम्पर्क गर्नुहोस्

1-800-750-1213 (आवाज-VT मात्रै)

वा 1-802-241-1250 (आवाज)

अर्को पृष्ठमा क्रमशः

पीडित क्षतिपूर्तिको योग्य हुन निम्न तीन (3) ठाउँमा हस्ताक्षर गर्न र मिति लेख्नुपर्दछ ।

जानकारी प्राप्त गर्ने आधिकारिकता

HIPAA (स्वास्थ्य बीमा पोर्टेबिलिटी तथा उत्तरदायित्व ऐन (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), 42USC § 132d et seq.) अन्तर्गतको गोपनीयता नियमहरू बमोजिम म स्वैच्छिक रूपमा कुनै पनि अस्पताल, क्लिनिक, चिकित्सक, तल उल्लिखित नाम भएको पीडितको हेरेको वा जाँच गरेको स्वास्थ्य सेवा प्रदायक वा अन्य व्यक्ति; कुनै पनि अन्त्येष्टि निर्देशक, बीमा कम्पनी, परामर्शदाता, वकिल वा सम्बन्धित सेवाहरू प्रदान गर्ने अन्य व्यक्ति; पीडित वा दावीकर्ताको कुनै पनि रोजगारदाता; राज्य वा संघीय राजस्व सेवाहरू सहितको कुनै पनि प्रहरी वा सरकारी एजेन्सी; वा सान्दर्भिक ज्ञान भएको कुनै पनि संस्थालाई यस दावीको लागि आधार हो भन्ने घटनाको सम्बन्धमा उनीहरूको नियन्त्रणमा कुनै पनि र सबै जानकारीहरू प्रदान गर्न भरमोन्ट पीडित क्षतिपूर्ति कार्यक्रम प्रदान गर्न आधिकारिक स्वीकृति दिन्छु। यस आधिकारिक स्वीकृतिको प्रतिलिपि कानूनद्वारा आवश्यक नभएसम्म सक्कली जत्तिकै प्रभावकारी र मान्य रहेको छ। यस जानकारीलाई अगाडिका दिनमा जारी गर्न निषेध गरिएको छ। म बुझ्छु कि मैले अन्य कुरा नखुलाएसम्म यो आधिकारिक स्वीकृति पत्र लागू भएको मितिबाट एक वर्षमा यसको म्याद समाप्त हुनेछ।

म अझै बुझ्दछु कि म यो सीमामा निर्भर भइसकेको सीमा बाहेक लिखित रूपमा पीडित क्षतिपूर्ति कार्यक्रमलाई सूचित गरेर यो आधिकारिक स्वीकृति कुनै पनि समयमा रद्द गर्न सक्छु।

यदि चाहनुहुन्छ भने, वैकल्पिक म्याद समाप्ति मिति: _____

पीडितको नाम: _____ जन्म मिति: _____

पीडित वा बचेको व्यक्तिको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____

यदि पीडित 18 वर्षभन्दा कम उमेरको भएमा, आमाबाबु वा अभिभावकको हस्ताक्षर: _____

मिति: _____

पुनः भुक्तानी, पुनर्स्थापना, र बिमा रकम प्राप्त गर्ने कार्यको सहमति

म आफ्नो, तोकेको व्यक्ति, उत्तराधिकारी, वा आश्रितको तर्फबाट बुझ्छु, कि यदि मैले अपराधी, फौजदारी कार्य, वा बीमा कम्पनीबाट भुक्तानी प्राप्त गरेमा, भरमोन्ट कानूनलाई मैले पीडित क्षतिपूर्ति कार्यक्रममा सम्पर्क गर्न वा रकम फिर्ता लिन पर्दछ, र यस अपराधको परिणाम स्वरूप मैले पुनः प्राप्त गर्न सक्ने कुनै पनि रकमको लागि पीडित क्षतिपूर्ति कार्यक्रमको दावी हुन्छ। म यो पनि बुझ्छु कि मैले यो अपराधसँग सम्बन्धित कुनै पनि कार्यमा मलाई प्रतिनिधित्व गर्न कुनै वकिललाई नियुक्त गरेमा मैले कार्यक्रमलाई सूचित गर्नु पर्नेछ। म बुझ्छु कि मेरो हस्ताक्षरले म यस सम्झौतामा खुलाइएका सबै बयानसँग सहमत छु भनेको बुझ्छु।

पीडितको नाम: _____ जन्म मिति: _____

पीडित वा बचेको व्यक्तिको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____

यदि पीडित 18 वर्षभन्दा कम उमेरको भएमा, आमाबाबु वा अभिभावकको हस्ताक्षर: _____

मिति: _____

प्रमाणीकरण

यस आवेदनको जानकारी सही छ र मलाई थाहा भएसम्म एकदम ठीक छ भनेर म प्रमाणित गर्दछु। पीडित वा बचेको व्यक्तिको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____

यदि पीडित 18 वर्षभन्दा कम उमेरको भएमा, आमाबाबु वा अभिभावकको हस्ताक्षर: _____

मिति: _____