Vermont د قربانیانو د جبران لپاره درخواست

موږپوهېږو چې دا ستاسو لپاره یو ستونزمن وخت دی. که تاسو د دغې فورمې په ډکولو کې مرستې ته اړتیا لرئ، په لاندې ذکر شوو شمېرو د قربانیانو د جبران پروګرام ته زنګ ووهئ. تاسو همدارنګه کولای شئ د ډېرو معلوماتو لپاره زموږ وېب پاڼې ته مراجعه وکړئ.

د قربانیانو د جبران پروګرام د جرم د هغو قربانیانو لپاره محدودې مالي مرستې چمتو کوي چې د جرم په مستقیمه پایله کې مالي زیان ورته رسېدلی وي، تر هغې پورې چې دغه زیان ورته د بیمې د کمپنۍ په شان له بلې سرچینې څخه نه وي تادیه شوی.

د قربانیانو د جبران پروګرام

60 South Main Street

Waterbury, Vermont 05676

1-800-750-1213 (غږ - یوازې VT)

1-802-241-1250 (غږ)

1-802-241-1253 (فکس)

www.ccvs.vermont.gov

VERMONT
CENTER FOR CRIME VICTIM SERVICES

دغه پاڼه د خپل ریکارډ لپاره وساتئ.

په شرایطو د پوره کېدو اړتیاوې

- د جرم په اړه د قانون د تنفیذ چارواکي ته راپور ورکړل شوی دی، چې دغه چاروکی باید ثابته کړي چې جرم ترسره شوی دی.
- قرباني شوي کس ته د جرم په مستقیمه پایله کې فزیکي یا رواني زیان اوښتی دی.
- جرم په Vermont کې ترسره شوی دی، یا د Vermont د اوسېدونکي پر وړاندې په داسې ناحیه کې ترسره شوی دی چې د جبران پروګرام نه لري.
- جرم د 1987 کال د جولای له 1 نېټې وروسته ترسره شوی دی.
- قرباني شوي کس د دغه ایالت له جزایي قانون څخه سرغړونه نه ده کړې چې د نوموړي د ټپي کېدو یا مړینې لامل شوی وي.
- د قتل د قرباني د کورنۍ غړي هم په شرایطو برابر دي.

چېرې چې مناسبه وي، د لاندې مصارفو د تامین لپاره پیسې شتون لري، تر هغې چې دغه لګښتونه له مخکې د بلې سرچینې په واسطه نه وي تادیه شوي:

- طبي او د غاښو مراقبت
- د قربانیانو او د کورنۍ د غړو لپاره مشورې
- د جنازې لګښتونه
- د کاري وخت د له لاسه ورکولو له امله له لاسه ورکړل شوی مزد
- د نخسو، عینکو، او محدودو ترانسپورټي لګښتونو په څېر نور مصارف
- که چېرې د جرم په پایله کې مړینه رامنځ ته شي، قانوني وابسته ګان کېدی شي په مؤقتي توګه د ژوند کولو لګښتونه ترلاسه کړي
- د ځای پر ځای کولو محدودې مرستې
- د کورنیو ژوو مراقبت/ټپي کېدل/مړینه

ملکیت ته اوښتي زیانونه معمولاً تر پوښښ لاندې نه نیول کېږي.

د درخواست لارښوونې

تاسو باید دغه درخواست په بشپړ ډول ډک کړئ. ډاډ حاصل کړئ چې تاسو:

1. په درخواست کې "د معلوماتو د ترلاسه کولو د اجازې" برخه لاسلیک او نېټه ورباندې درج کړئ. که وغواړئ کولای شئ د ختمیدو بدیله نیټه وړاندې کړئ.
2. په درخواست کې د " ببرته اداینې، د خسارې د جبران، او وکالت" برخې لاسلیک او نېټه ورباندې درج کړئ.
3. د "تصدیق له بیان" وروسته خپل لاسلیک او نېټه درج کړئ.
4. وروسته له دې چې دغه درخواست ډک کړئ، په مهربانۍ سره د پست له لېږلو مخکې ټول اړخونه په چسپ یا سنجاق سره سرېښ کړئ.

که چېرې تاسو غواړئ خپل درخواست موږ ته په بېل پاکټ کې راواستوئ او ټاپه نه لرئ، په مهربانۍ سره د قربانیانو د جبران له پروګرام سره اړیکه ونیسئ او موږ به تاسو ته د پست له لګښت سره یو پاکټ واستوو ترڅو خپل درخواست او/یا بېلونه پکې راواستوئ.

که چېرې تاسو په راتلونکي کې د جرم اړوند ډېر بېلونه ترلاسه کړئ، ډاډ حاصل کړئ چې موږ ته یې په هغه پته راواستوئ چې د درخواست په لومړنۍ پته باندې درج شوې ده.

دغه پاڼه د خپل ریکارډ لپاره وساتئ.

VERMONT
CENTER FOR CRIME VICTIM SERVICES

I. د قربانیانو معلومات

د قرباني شوي کس نوم: ______________________________

پستي پته: ______________________________

ښار يا ښارګوټی: ______________________________

آيالت: ______________ زېپ: ______________

د کور تليفون: ______________ د کار تليفون: ______________

ګرځنده تليفون: ______________ د برېښناليک پته: ______________

که تاسو نه غواړئ چې موږ په پوتنی پته اړيکه درسره ونيسو، مهرباني وکړئ بله پستي پته او د تلفون شمېره چمتو کړئ.

____

____

که چېرې قرباني شوی کس ماشوم وي:

❑ د والدينو يا ❑ قانوني پالونکي نوم:

____

د والدينو/پالونکي د زيږون نېټه: ______________

د کور تليفون: ______________ د کار تليفون: ______________

ګرځنده تليفون: ______________ د برېښناليک پته: ______________

که چېرې پته د قرباني شوي کس له پتې څخه متفاوته وي:

____

____

که چېرې د ماشومانو او کورنيو د څانګې (Dept. of Children & Families, DFC) تر پالنه لاندې ياست، د دوسيې د کارمند نوم:

____

که چېرې قرباني شوی کس مړ وي:

د قرباني شوي کس د کورنی د غړي نو: ______________________________

پستي پته: ______________________________

ښار يا ښارګوټی: ______________________________

آيالت: ______________ زېپ: ______________

د کور تليفون: ______________ د کار تليفون: ______________

ګرځنده تليفون: ______________ د برېښناليک پته: ______________

د قرباني شوي کس د کورنی د غړي د زيږون نېټه: ______________

له قرباني شوي کس سره د خپلوی اړيکه: ______________________________

II. د جرم په اړه معلومات

په مهربانۍ سره لاندې معلومات څومره چې کولای شئ بشپړ کړئ. که تاسو دغه معلومات نلرئ، دا ځای تش پریږدئ، مونږ به کوښښ وکړو چې دغه اسناد له پولیسو یا ستاسو د قرباني شوي کس له مدافع وکیل څخه تر لاسه کړو.

د جرم نېټه: ______________ د جرم د راپور نېټه: ______________

د مشکوک کس (کسانو) نوم (نومونه): ______________

د زیږون نیټه د مشکوک کس (کسانو): ______________

هغه ښارګوټی چې جرم پکې ترسره شوی دی: ______________

د پولیسو څانګه چې جرم ورته راپور شوی دی: ______________

د پولیس چارواکي نوم: ______________

د پېښې شمېره: ______________

د جرم ډول: (د تطبیق وړ ټول موارد په نښه کړئ)

- ❑ اور اچونه
- ❑ برید
- ❑ لوټماري
- ❑ له ماشوم ناوړه فزیکي استفاده/بې غوري
- ❑ د ماشوم پورنوګرافي
- ❑ له ماشوم څخه ناوړه جنسي استفاده
- ❑ کورنی تاوتریخوالی
- ❑ د شرابو یا نورو نشه کوونکو موادو تر اغېز لاندې موټر چلول (DUI)
- ❑ دوکه/مالي جرمونه
- ❑ قتل
- ❑ انساني قاچاق
- ❑ اختطاف
- ❑ د نقلیه وسایطو اړوند نور جرمونه
- ❑ غلا
- ❑ جنسي ځورونه
- ❑ کمین نیول
- ❑ تروریزم
- ❑ بل ______________

آیا د دې جرم په اړه په مدني دعوا کې یا د بیمې په عمل کې شخصي وکیل ستاسو استازیتوب کوي؟ ❑ هو ❑ نه

د مدافع وکیل نوم:

____

بریښنالیک: ______________ تلیفون: ______________

III. د جبران غوښتنه

په مهربانۍ سره لاندې معلومات څومره چې کولای شئ بشپړ یې کړئ. که تاسو دغه معلومات نلرئ، دا ځای تش پرېږدئ.

زه د جرم اړوند د لاندې زیانونو لپاره د جبران غوښتنه کوم.

- ❑ د ماشوم پالنه
- ❑ مشوره
- ❑ د جرم صحنې پاکول
- ❑ د غابښونو اړوند لګښت
- ❑ عینکې، د اورېدو وسیلې، مصنوعي غابښونه، یا هر ډول مصنوعي وسیله چې د جرم په جریان کې اخیستل شوې، ورکه شوې، ویجاړه شوې وي.

❑ د جنازې لګښتونه
❑ د ملاتړ له لاسه ورکول
❑ د مزد له لاسه ورکول (د کار له لاسه ورکړل شوی وخت)
❑ طبي
❑ تېل/ګاز
❑ د هغو کورنيو ژوو لپاره د بېل تاديه چې د جرم په جريان کې ټپي شوي يا وژل شوي دي
❑ کورنيو ژوو ته ځای ورکول
❑ کرايه/ځای پر ځای کېدل
❑ خونديتوب/امنيت
❑ په مؤقتي توګه د ژوند کولو لګښتونه
❑ د سفر مصارف/ترانسپورتي لګښتونه
❑ بل: ______________________

➔ **په مهربانۍ سره د جرم اړوند ټول هغه بېلونه راواستوئ چې تاسو يې د قربانيانو د جبران د پروګرام لپاره ترلاسه کوئ. په مهربانۍ سره د هغه چمتو کوونکي (چمتو کوونکو) نومونه او د تلفون شمېرې ذکر کړئ چې تاسو يې د جرم اړوند کړنو لپاره لاندې وينئ:**

د غاښو ډاکټر: ______________________ تليفون: ______________________

ډاکټر: ______________________ تليفون: ______________________

روغتون: ______________________ تليفون: ______________________

مشاور: ______________________ تليفون: ______________________

د جنازې کور: ______________________ تليفون: ______________________

د بيمې معلومات:

آيا قرباني شوی کس روغتيايي بيمه لري؟ ❑ هو ❑ نه

که ځواب هو وي، د بيمې د کمپنۍ نوم:

Medicaid ❑ Medicare ❑ MVP ❑ Blue Cross/Blue Shield ❑ Cigna ❑

❑ بل: ______________________ د بيمې د آی ډي شمېره: ______________________

آيا والدين، پالونکی د قرباني شوي کس د کورنۍ پاتې غړی روغتيايي بيمه لري؟ ❑ هو ❑ نه

که ځواب هو وي، د بيمې د کمپنۍ نوم:

Medicaid ❑ Medicare ❑ MVP ❑ Blue Cross/Blue Shield ❑ Cigna ❑

❑ بل :______________________ د بيمې د آی ډي شمېره: ______________________

د ګومارونکي نوم: ______________________

پته: ______________________

ښار/ښارګوټی: ______________________ آيالت: ______________________ زيپ: ______________________

تليفون: ______________________ د ګومارونکي بريښناليک: ______________________

په کار کې د اړيکې د مسئول نوم : ______________________

د جرم له امله، ما د لاندې نېټو لپاره کار له لاسه ورکړی دی:

له لاسه ورکړې نېټه (نېټې):	دلیل:
1. ____________________	1. ____________________
2. ____________________	2. ____________________
3. ____________________	3. ____________________
4. ____________________	4. ____________________

په مهربانۍ سره لاندې لارښوونې په پام کې ونیسئ: که تاسو د له لاسه ورکړو مزدونو (د کار له لاسه ورکړي وخت) لپاره د جبران غوښتنه کوئ، موږ به ستاسو له ګومارونکي سره اړیکه ونیسو.

آیا تاسو ته د کار د له لاسه ورکړل شوي وخت تادیه شوې ده؟ ❑ هو ❑ نه

➔که چېرې تاسو په راتلونکي کې د جرم اړوند دلایلو له امله کار له لاسه ورکوئ، په مهربانۍ سره له موږ سره له اضافي نېټو سره اړیکه ونیسئ.

IV. اختیاري معلومات

تاسو د قربانیانو د جبران د پروګرام په اړه چېرې اورېدلي دي؟

- ❑ مشاور
- ❑ د ماشومانو او کورنۍ ځانګه
- ❑ د قربانیانو مدافع وکیل
- ❑ روغتون:
- ❑ پولیس
- ❑ تلویزیون
- ❑ انټرنېټ
- ❑ راډیو
- ❑ د معلولیت لرونکو کسانو د خدمت سازمان
- ❑ بل (په مهربانۍ سره مشخص یې کړئ) ____________________

لاندې معلومات اختياري دي او له فدرالي حکومت سره د مطابقت لپاره يې غوښتنه شوې ده او يوازې د احسايوي اهدافو لپاره دي.

نژاد/توکم: (په شخصي توګه راپور شوي دي)

- ❑ امريکايي الاصله هندی يا بومي الاسکايی
- ❑ آسيايي
- ❑ تور يا افريقايي الاصله امريکايی
- ❑ هسپانوی يا لاتينو
- ❑ بومي هاوايي يا د آرام سمندرګي اوسېدونکی
- ❑ سپين غير لاتين يا ققفازی
- ❑ بل نژاد
- ❑ څوګونه نژادونه

جنسيت (په شخصي توګه راپور شوی) ❑ نارينه ❑ ښځينه ❑ د ځان هويت: ______________________________

د دې لپاره چې په ښه توګه له تاسو سره مرسته وکړو، آيا په لاندې برخو کې مرستې ته اړتيا لرئ:

(اختياري)

- ❑ بصري معلوليت
- ❑ کونوالی يا په سختی سره اورېدل
- ❑ فزيکي معلوليت
- ❑ د رواني روغتيا تشخيص
- ❑ ذهني معلوليت

په مهربانی سره خپل معلوليت مشخص کړئ که چېرې دلته يې يادونه نه وي شوې: ______________________________

مهرباني وکړئ موږ ته ووایاست چې تاسو ته څه ډول مرسته/امکانات چمتو کړو:

- ❑ د امريکا د اشاروي ژبې ترجماني ❑ د ژبې ترجماني
- ❑ په لويه بڼه چاپ شوي مواد
- ❑ د ارتباطاتو مرسته (په مهربانۍ سره مشخصه يې کړئ): ______________________________

بل په مهربانۍ سره مشخص يې کړئ: ______________________________

هره ناحيه د قربانيانو لپاره مدافع وکيل لري چې د ايالت د لويې څارنوالۍ په دفتر کې موقعيت لري. موږ تاسو هڅوو چې د محکمې د پروسو په اړه د هر ډول پوښتنو په صورت کې خپل مدافع وکيل ته زنګ ووهئ. له خپل مدافع وکيل سره د اړيکې نيولو په اړه د معلوماتو لپاره، د قربانيانو د جبران له پروګرام سره په

1-800-750-1213 (يوازې غږ VT)

يا 1-802-241-1250 (غږ) شمېره اړيکه ونيسئ

بلې پاڼې ته دوام ورکړئ

د دې لپاره چې د قربانیانو د جبران لپاره په شرایطو پوره شئ، تاسو باید خپل لاسلیک او نېټه په دریو (3) ځایونو کې درج کړئ.

د معلوماتو د ترلاسه کولو اجازه

زه په دې توګه HIPAA (د روغتیايي بیمې د لېږد وړ او مسئولیت قانون، .42USC § 132d et seq) د محرمیت د مقرراتو مطابق هر روغتون، کلینیک، ډاکټر، د روغتیايي مراقبت چمتو کوونکي یا بل هر هغه کس ته چې لاندې نومول شوی قرباني کس یې کتلی یا معاینه کړی؛ د جنازې ډایرکټر، د بیمې کمپنۍ، مشاور، مدافع وکیل یا بل هر کس ته چې ورته خدمات یې وړاندې کړي؛ د قرباني شوي کس هر ګومارونکي یا مدعي ته؛ هر پولیس یا حکومتي نهاد ته؛ د ایالت یا فدرال د عایداتي خدماتو په ګډون هر پولیس یا حکومتي نهاد ته؛ یا بل هر سازمان ته چې اړونده پوهاوی لري په داوطلبانه توګه اجازه ورکوم چې د وېرمونټ د قربانیانو د جبران پروګرام ته د هغې پېښې په اړه چې د دې ادعا اساس ګڼل کېږي، هر ډول او ټول هغه معلومات چې په واک کې لري چمتو کړي. د دغې اجازه لیک تصویري کاپي دومره اغېزمنه او د اعتبار وړ ده لکه اصلي نسخه یې، مګر دا چې قانون بل ډول غوښتنه کړې وي. د دغه معلوماتو بل ډول خپراوی منعه دی. زه پوهېږم چې د دغه اجازه لیک اعتبار نېټه به د دې اجازه لیک له نېټې څخه یو کال ورسته ختمه شي، مګر دا چې زه یې بل ډول مشخصه کړم.

زه همدارنګه پوهېږم چې زه کولای شم د قربانیانو د جبران پروګرام ته د لیکلي خبرتیا په ورکولو سره هر وخت چې وغواړم دغه اجازه فسخه کړم، په استثنی د هغو مواردو چې دمخه اعتماد ورباندې شوی دی.

د تمایل په صورت کې د اعتبار د ختمېدو بدیله نېټه: ____________________

د قرباني شوي کس نوم: ____ د زېږون نېټه: ____________________

د قرباني شوي کس یا د هغه د کورنۍ د پاتې غړي لاسلیک: ________________________ نېټه: ________________

د والدینو یا پالونکي لاسلیک که چېرې د قرباني شوي کس عمر له 18 کلونو ټیټ وي: _________________________

نېټه: _____________________________________

د بېرته ادایني، د خسارې د جبران، او وکالت تړون

زه د خپل ځان، وکیل، وارث، یا تر لاس لاندې کسانو په استازیتوب پوهېږم چې زه مکلف یم د وېرمونټ د قانون په اساس د قربانیانو د جبران له پروګرام سره اړیکه ونیسم او که چېرې زه له مجرم، مدني اقدام، یا د بیمې له کمپنۍ څخه تادیه ترلاسه کړم، یاده تادیه بېرته هغوی ته ادا کړم، او دا چې د قربانیانو د جبران پروګرام زما د هغو پیسو پر وړاندې د ملکیت تصرف لري چې کېدی شي زه یې د رامنځ ته شوي جرم په پایله کې ترلاسه کړم. زه همدارنګه پوهېږم چې که چېرې زه د ځان لپاره وکیل وټاکم چې د جرم اړوند په هر اقدام کې زما استازیتوب وکړي، زه باید پروګرام ته خبر ورکړم. زه پوهېږم چې زما لاسلیک څرګندوي چې زه په دغه تړون کې له ټولو ذکر شوو بیانونو سره موافق یم.

د قرباني شوي کس نوم: ____ د زېږون نېټه: ____________________

د قرباني شوي کس یا د هغه د کورنۍ د پاتې غړي لاسلیک: ________________________ نېټه: ________________

د والدینو یا پالونکي لاسلیک که چېرې د قرباني شوم کس عمر له 18 کلونو څخه ټیټ وي: _______________________

نېټه: _____________________________________

تصدیق

زه تصدیقوم چې په دغه درخواست کې درج شوي معلومات زما د پوهې مطابق سم او صحیح دي.

د قرباني شوي کس یا د هغه د کورنۍ د پاتې غړي لاسلیک: ________________________ نېټه: ________________

د والدینو یا پالونکي لاسلیک که چېرې د قرباني شوي کس عمر له 18 کلونو څخه ټیټ وي: ____________________

نېټه: _____________________________________