

ĐƠN XIN BỒI THƯỜNG CHO NẠN NHÂN VERMONT

Chúng tôi hiểu đây là khoảng thời gian khó khăn đối với quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp để điền đơn này,

vui lòng gọi cho Chương Trình Bồi Thường Nạn Nhân (**Victims Compensation Program**) theo các số ghi bên dưới. Quý vị cũng có thể truy cập trang web của chúng tôi để biết thêm thông tin.

Chương Trình Bồi Thường Nạn Nhân cung cấp hỗ trợ tài chính có hạn cho những nạn nhân của một vụ phạm tội mà gặp phải sự tổn thất tài chính do hậu quả trực tiếp của vụ phạm tội đó, với điều kiện là tổn thất đó không được bồi hoàn thông qua các nguồn khác, chẳng hạn như bảo hiểm.

Chương Trình Bồi Thường Nạn Nhân

60 South Main Street

Waterbury, Vermont 05676

1-800-750-1213 (Thoại – Chỉ VT)

1-802-241-1250 (Thoại)

1-802-241-1253 (fax)

www.ccvs.vermont.gov



Giữ lại trang này.

Điều Kiện

- Vụ phạm tội đã được báo cáo cho một viên chức thực thi pháp luật và người đó phải kết luận rằng vụ phạm tội đã xảy ra.
- Nạn nhân đã bị tổn thương về thể chất hoặc tổn hại về tinh thần do hậu quả trực tiếp của vụ phạm tội.
- Vụ phạm tội xảy ra ở Vermont, hoặc được thực hiện với một cư dân của Vermont ở một hạt không có Chương Trình Bồi Thường.
- Vụ phạm tội diễn ra sau ngày 1 tháng 7 năm 1987.
- Nạn nhân không vi phạm luật hình sự của tiểu bang này, mà gây ra hoặc góp phần vào thương tích hoặc cái chết của họ.
- Các thành viên gia đình của một nạn nhân của vụ sát nhân cũng hội đủ điều kiện.

Trong những trường hợp đáp ứng đủ điều kiện, tiền sẽ được dùng để thanh toán các chi phí sau, miễn là các chi phí đó chưa được thanh toán bằng các nguồn khác:

- Chăm sóc y tế và nha khoa
- Tư vấn cho nạn nhân và người nhà
- Các chi phí mai táng
- Lương bị mất do phải nghỉ làm
- Các chi phí khác như chi phí cho toa thuốc, kính mắt và một số chi phí vận chuyển
- Nếu xảy ra tử vong do vụ phạm tội đó, những người phụ thuộc hợp pháp có thể nhận được chi phí sinh hoạt tạm thời
- Hỗ trợ di chuyển chỗ ở (có hạn)
- Chăm sóc thú cưng/thương tật/tử vong

Tồn thất tài sản nói chung không được đài thọ.

Hướng Dẫn Nộp Đơn

Quý vị phải hoàn thành tất cả các mục trong đơn này. Đảm bảo bạn thực hiện những điều sau:

1. Ký tên và ghi ngày tháng vào mục “Ủy Quyền Lây Thông Tin” trong đơn. Quý vị có thể đưa ra một thời hạn chót thay thế nếu muốn.
2. Ký tên và ghi ngày tháng vào mục “Trả Lại, Bồi Thường và Thế Quyền” trong đơn.
3. Ký tên và ghi ngày tháng sau mục “tuyên bố cam đoan.”
4. Sau khi điền xong đơn, vui lòng dán băng keo hoặc ghim lại tất cả các cạnh để niêm phong kín trước khi gửi qua thư.

Nếu quý vị muốn gửi qua đường bưu điện lá đơn của quý vị cho chúng tôi trong một phong thư riêng và không có tem, vui lòng liên lạc với Chương Trình Bồi Thường Nạn Nhân để chúng tôi gửi cho quý vị một phong thư trả trước bưu phí để quý vị có thể gửi đơn và/hoặc các hóa đơn của mình.

Nếu sau này quý vị nhận được thêm hóa đơn liên quan đến vụ phạm tội đó, vui lòng chắc chắn rằng quý vị sẽ gửi các hóa đơn đó cho chúng tôi theo địa chỉ trên trang đầu tiên của đơn này.

Giữ lại trang này.

I. Thông Tin Về Nạn Nhân

Tên Nạn Nhân: _____

Địa Chỉ Gửi Thư: _____

Thành Phố hoặc Thị Trấn: _____

Tiểu Bang: _____ Mã Bưu Chính: _____

Điện thoại nhà riêng: _____ Điện thoại cơ quan: _____

Điện thoại di động: _____ Địa Chỉ Email: _____

Nếu quý vị không muốn chúng tôi liên lạc với quý vị theo địa chỉ nêu trên, vui lòng cung cấp một địa chỉ gửi thư và số điện thoại khác:

Nếu nạn nhân là trẻ vị thành niên:

Tên Phụ Huynh Người Giám Hộ Hợp Pháp:

Ngày sinh của Phụ Huynh/Người Giám Hộ: _____

Điện thoại nhà riêng: _____ Điện thoại cơ quan: _____

Điện thoại di động: _____ Địa chỉ email: _____

Nếu địa chỉ khác với địa chỉ của nạn nhân:

Nếu được giám hộ bởi DCF (Sở Dịch Vụ Trẻ Em và Gia Đình), tên của nhân viên quản lý trường hợp:

Nếu nạn nhân đã qua đời:

Tên người thân còn sống: _____

Địa chỉ gửi thư: _____

Thành phố hoặc thị trấn: _____

Tiểu bang: _____ Mã bưu chính: _____

Điện thoại nhà riêng: _____ Điện thoại cơ quan: _____

Điện thoại di động: _____ Địa chỉ email: _____

Ngày sinh của Người Thân Còn Sống: _____

Mối quan hệ với nạn nhân: _____

II. Thông Tin Về Vụ Phạm Tội

Vui lòng cung cấp nhiều mục thông tin sau đây nhất có thể. Nếu quý vị không có thông tin này, hãy để trống, chúng tôi sẽ cố gắng lấy tài liệu từ cảnh sát hoặc Người Bênh Vực Nạn Nhân của quý vị.

Ngày xảy ra vụ phạm tội: _____ Ngày báo cáo: _____

Tên của (các) nghi phạm: _____

Ngày sinh của (các) nghi phạm: _____

Thị trấn nơi xảy ra vụ phạm tội: _____

Sở cảnh sát nhận báo cáo: _____

Tên nhân viên cảnh sát: _____

Mã số vụ án: _____

Loại hình tội phạm: (đánh dấu vào tất cả các mục áp dụng)

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cố ý gây hỏa hoạn | <input type="checkbox"/> Tấn công bạo lực | <input type="checkbox"/> Trộm cắp |
| <input type="checkbox"/> Lạm dụng thể chất/bỏ bê trẻ em | | |
| <input type="checkbox"/> Khiêu dâm trẻ em | <input type="checkbox"/> Lạm dụng tình dục trẻ em | |
| <input type="checkbox"/> Bạo lực gia đình | | |
| | | |
| <input type="checkbox"/> DUI (Lái xe trong tình trạng chịu ảnh hưởng của rượu hoặc chất khác) | | |
| <input type="checkbox"/> Gian lận/tội phạm tài chính | <input type="checkbox"/> Sát nhân | <input type="checkbox"/> Buôn người |
| | | |
| <input type="checkbox"/> Bắt cóc | <input type="checkbox"/> Các vụ phạm tội khác liên quan đến xe cộ | <input type="checkbox"/> Cướp giật |
| <input type="checkbox"/> Tấn công tình dục | <input type="checkbox"/> Rình rập | <input type="checkbox"/> Khủng bố |
| | | |
| <input type="checkbox"/> Khác _____ | | |

Quý vị có luật sư riêng đại diện trong một vụ kiện dân sự hoặc vụ kiện bảo hiểm liên quan đến vụ phạm tội này không? Có Không

Tên luật sư:

Email: _____ Điện thoại: _____

III. Yêu Cầu Bồi Thường

Vui lòng cung cấp nhiều mục thông tin sau đây nhất có thể. Nếu quý vị không có thông tin này, hãy để trống.

Tôi đang yêu cầu bồi thường như sau cho những tổn thất liên quan đến tội phạm:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chăm sóc trẻ nhỏ | <input type="checkbox"/> Kính mắt, thiết bị trợ thính, răng giả hoặc bất kỳ thiết bị giả nào bị lấy đi, bị mất, bị tiêu hủy trong vụ phạm tội |
| <input type="checkbox"/> Tư vấn | |
| <input type="checkbox"/> Dọn dẹp hiện trường vụ án | |
| <input type="checkbox"/> Nha khoa | |

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chi phí mai táng | <input type="checkbox"/> Trông giữ thú cưng |
| <input type="checkbox"/> Mất hỗ trợ | <input type="checkbox"/> Tiền thuê nhà/di chuyển chỗ ở |
| <input type="checkbox"/> Bị mất lương (thời gian phải nghỉ làm) | <input type="checkbox"/> An toàn/an ninh |
| <input type="checkbox"/> Y tế | <input type="checkbox"/> Chi phí sinh hoạt tạm thời |
| <input type="checkbox"/> Phụ cấp đi đường/xăng dầu | <input type="checkbox"/> Chi phí đi lại/chi phí vận chuyển |
| <input type="checkbox"/> Thanh toán hóa đơn cho vật nuôi bị thương hoặc bị giết trong vụ phạm tội | <input type="checkbox"/> Khác: _____ |

➔ Vui lòng gửi bất kỳ hóa đơn nào liên quan đến vụ phạm tội mà quý vị nhận được đến Chương Trình Bồi Thường Nạn Nhân. Xin nêu rõ tên và số điện thoại của (các) nhà cung cấp dịch vụ mà quý vị tìm đến để được điều trị liên quan đến vụ phạm tội vào phần sau đây:

Nha Sĩ: _____	Điện thoại: _____
Bác Sĩ: _____	Điện thoại: _____
Bệnh Viện: _____	Điện thoại: _____
Tư Vấn Viên: _____	Điện thoại: _____
Nhà Tang Lễ: _____	Điện thoại: _____

Thông Tin Bảo Hiểm:

Nạn nhân có bảo hiểm y tế không? Có Không

Nếu có, hãy cho biết tên công ty bảo hiểm:

Medicaid Medicare MVP Blue Cross/Blue Shield Cigna

Khác: _____ Số ID Bảo Hiểm: _____

Phụ huynh, người giám hộ hoặc người thân còn sống của nạn nhân có bảo hiểm y tế không?

Có Không

Nếu có, hãy cho biết tên công ty bảo hiểm:

Medicaid Medicare MVP Blue Cross/Blue Shield Cigna

Khác: _____ Số ID Bảo Hiểm: _____

Tên Chủ Lao Động: _____

Địa chỉ: _____

Thành Phố/ Thị Trấn: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Bưu Chính: _____

Điện thoại: _____ Email của Chủ Lao Động: _____

Tên người liên hệ tại cơ quan: _____

Do vụ phạm tội nên tôi đã phải nghỉ làm trong thời gian như sau:

Ngày Nghỉ Làm:

Lý Do:

1. _____

1. _____

2. _____

2. _____

3. _____

3. _____

4. _____

4. _____

XIN LƯU Ý: NẾU QUÝ VỊ YÊU CẦU BỒI THƯỜNG TIỀN LƯƠNG BỊ MẤT (THỜI GIAN PHẢI NGHỈ LÀM), CHÚNG TÔI SẼ LIÊN LẠC VỚI CHỦ LAO ĐỘNG CỦA QUÝ VỊ.

Quý vị có được trả lương cho thời gian nghỉ làm không? Có Không

➔ **Nếu trong tương lai quý vị nghỉ làm vì lý do liên quan đến vụ phạm tội, vui lòng liên lạc với chúng tôi và thông báo về ngày nghỉ bổ sung.**

IV. Thông Tin Không Bắt Buộc

Quý vị nghe về Chương Trình Bồi Thường Nạn Nhân từ đâu?

- Tư Vấn Viên
- Sở Dịch Vụ Trẻ Em và Gia Đình
- Người Bệnh Vực Nạn Nhân
- Bệnh Viện
- Cảnh Sát
- TV
- Internet
- Đài
- Tổ chức phục vụ người khuyết tật
- Khác (vui lòng nêu rõ) _____

Những thông tin sau đây không bắt buộc, phải tuân thủ các quy định của liên bang và chỉ dành cho mục đích thống kê.

Chủng Tộc/Sắc Tộc: (tự khai báo)

- Người Mỹ Bản Địa hoặc Thổ Dân Alaska
- Người Châu Á
- Người Mỹ Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi
- Người Mỹ Gốc Tây-Bồ hoặc Người Latinh
- Người Bản Xứ Hawaii hoặc Người Dân Đảo Thái Bình Dương
- Người Da Trắng không phải Người Latinh hoặc Người Cáp-ca
- Chủng Tộc Khác
- Đa Chủng Tộc

Giới Tính: (tự khai báo) Nam Nữ Tự Nhận Dạng: _____

Để hỗ trợ quý vị tốt hơn, quý vị có cần sắp xếp hỗ trợ cho bất kỳ điều nào sau đây không:

(Không bắt buộc)

- Khuyết Tật Thị Giác
- Điếc hoặc Nặng Tai
- Khuyết Tật Thở Chặt
- Chẩn Đoán Mắc Bệnh Sức Khỏe Tâm Thần
- Khuyết Tật Trí Tuệ

Vui lòng xác định loại khuyết tật nếu không được liệt kê ở trên: _____

Vui lòng cho chúng tôi biết (những) sắp xếp hỗ trợ mà quý vị muốn chúng tôi cung cấp:

Dịch Vụ Thông Dịch Ngôn Ngữ Ký Hiệu Mỹ Dịch Vụ Thông Dịch Ngôn Ngữ

Tài Liệu In Chữ Lớn

Trợ Giúp Giao Tiếp (Vui lòng nêu rõ): _____

Khác Vui lòng nêu rõ: _____

Mỗi hạt đều có một Người Bệnh Vực Nạn Nhân làm việc tại Văn Phòng Luật Sư Tiểu Bang.

Chúng tôi khuyến khích quý vị gọi cho Người Bệnh Vực của mình nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về thủ tục tòa án. Để biết thông tin về cách liên lạc với Người Bệnh Vực của quý vị, vui lòng gọi cho Chương Trình Bồi Thường Nạn Nhân theo số

1-800-750-1213 (Thoại – Chỉ VT)

hoặc 1-802-241-1250 (Thoại)

Tiếp Tục Sang Trang Sau

**Quý vị phải ký tên và ghi ngày tháng ở ba (3) vị trí để
hội đủ điều kiện được hưởng Bồi Thường Nạn Nhân.**

ỦY QUYỀN LẤY THÔNG TIN

Bằng văn bản này, tôi tự nguyện cho phép, theo các quy định về quyền riêng tư theo HIPAA (Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế, 42USC § 132d và tiếp theo) bất kỳ bệnh viện, phòng khám, bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào hoặc người khác đã tham gia hoặc khám cho nạn nhân có tên dưới đây; bất kỳ giám đốc nhà tang lễ, công ty bảo hiểm, tư vấn viên, luật sư hoặc người khác đã cung cấp các dịch vụ liên quan; bất kỳ chủ lao động nào của nạn nhân hoặc nguyên đơn; bất kỳ cảnh sát hoặc cơ quan chính phủ nào, bao gồm các dịch vụ thuế vụ tiểu bang hoặc liên bang; hoặc bất kỳ tổ chức nào có kiến thức liên quan, cung cấp cho Chương Trình Bồi Thường Nạn Nhân Vermont bất kỳ và tất cả thông tin trong hồ sơ của họ liên quan đến vụ án để làm cơ sở cho yêu cầu bồi thường này. Bản sao của giấy ủy quyền này có hiệu lực và hợp lệ như bản gốc trừ khi pháp luật yêu cầu khác. Việc tiếp tục tiết lộ thông tin này bị cấm. Tôi hiểu rằng giấy ủy quyền này sẽ hết hạn sau một năm kể từ ngày ủy quyền trừ khi tôi có chỉ định khác.

Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể thu hồi giấy ủy quyền này bất kỳ lúc nào bằng cách thông báo bằng văn bản cho Chương Trình Bồi Thường Nạn Nhân, trừ trường hợp giấy này đã được sử dụng.

Ngày hết hạn thay thế nếu muốn: _____

Tên nạn nhân: _____ Ngày sinh: _____

Chữ ký của nạn nhân hoặc người thân còn sống: _____ Ngày: _____

Chữ ký của phụ huynh hoặc người giám hộ nếu nạn nhân dưới 18 tuổi: _____

Ngày: _____

THỎA THUẬN TRẢ LẠI, BỒI THƯỜNG VÀ THẾ QUYỀN

Tôi thay mặt cho bản thân, người nhận chuyển nhượng, người thừa kế hoặc người phụ thuộc, hiểu rằng luật của Vermont yêu cầu tôi phải liên lạc và hoàn trả cho Chương Trình Bồi Thường Nạn Nhân nếu tôi nhận được các khoản thanh toán từ người vi phạm, một vụ kiện dân sự hoặc một công ty bảo hiểm và rằng Chương Trình Bồi Thường Nạn Nhân có quyền lưu giữ tài sản đối với bất kỳ khoản tiền nào mà tôi có thể thu hồi được do hậu quả của vụ phạm tội này. Tôi cũng hiểu rằng tôi phải thông báo cho Chương Trình nếu tôi thuê luật sư đại diện cho mình trong bất kỳ vụ kiện nào liên quan đến vụ phạm tội này. Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi thể hiện rằng tôi đồng ý với tất cả các tuyên bố trong thỏa thuận này.

Tên nạn nhân: _____ Ngày sinh: _____

Chữ ký của nạn nhân hoặc người thân còn sống: _____ Ngày: _____

Chữ ký của phụ huynh hoặc người giám hộ nếu nạn nhân dưới 18 tuổi: _____

Ngày: _____

CAM ĐOAN

Tôi xác nhận rằng thông tin trong đơn này là đúng và chính xác theo sự hiểu biết của tôi.

Chữ ký của nạn nhân hoặc người thân còn sống: _____ Ngày: _____

Chữ ký của phụ huynh hoặc người giám hộ nếu nạn nhân dưới 18 tuổi: _____

Ngày: _____