

## درخواست جبران خسارت برای قربانیان ورمونت

ما می دانیم که این زمان سختی برای شما است. اگر در خانه پری این فورم به کمک ضرورت دارید، با پروگرام جبران خسارت قربانیان با شماره های ذکر شده در ذیل تماس بگیرید. همچنین می توانید برای کسب معلومات بیشتر از وبسایت ما دیدن کنید. پروگرام جبران خسارت قربانیان کمک های مالی محدودی را به قربانیان جرایم که مستقیماً در نتیجه جرم، متحمل خسارت مالی شده اند، ارائه می دهد. این اقدام زمانی صورت می گیرد که خسارت از طریق منابع دیگر مانند بیمه، قابل جبران نباشد.

پروگرام جبران خسارت قربانیان

58 South Main Street, Suite One

Waterbury, Vermont 05676-1599

1-800-750-1213 (صوتی - فقط VT)

1-802-241-1250 (صوتی)

1-802-241-1253 (فکس)

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



این صفحه را برای سوابق خود نگه دارید.

## الزامات واجد شرایط بودن

- جرم به مأمور پولیس گزارش شده است و او باید نتیجه گیری نماید که آیا جرمی ارتکاب یافته است یا خیر.
  - قربانی مستقیماً در نتیجه جرم، متحمل آسیب جسمی یا آسیب روحی شده است.
  - این جرم در ورمونت انجام شد، یا علیه یک باشندده ورمونت در کشوری که پروگرام جبران خسارت ندارد، انجام شد.
  - این جرم بعد از 1 جولای 1987 صورت گرفت.
  - جراحت یا مرگ قربانی، به دلیل نقض قوانین جزائی این ایالت نبوده است.
  - اعضای فامیل قربانیان قتل نیز واجد شرایط هستند.
- در صورت لزوم، تا زمانی که هزینه های زیر توسط منابع دیگر پرداخت نشده باشد، پول برای پرداخت هزینه های زیر موجود است:
- مراقبت های صحتی و دندان
  - مشوره برای قربانیان و اعضای فامیل
  - مصارف تدفین
  - دستمزد از دست رفته به دلیل زمان غیبت از کار
  - سایر هزینه ها مانند نسخه، عینک و هزینه های ترانسپورت محدود
  - اگر جرم منجر به فوت قربانی شود، افراد تحت تکفل قانونی ممکن است هزینه زندگی موقت دریافت کنند
  - کمک جابجایی محدود
  - مراقبت از حیوان خانگی / جراحت / مرگ
- خسارت اموال عموماً پوشش داده نمی شود.

## هدایات مرتبط به درخواست

شما باید تمام این درخواست را تکمیل کنید. از انجام موارد ذیل اطمینان حاصل کنید:

1. بخش «مجوز بدست آوردن معلومات» در این درخواست را امضا کرده و تاریخ بزنید. در صورت تمایل می توانید تاریخ انقضای جایگزین ارائه دهید.
  2. بخش «بازپرداخت، جبران خسارت و جانشینی» درخواست را امضا کرده و تاریخ بزنید.
  3. «بیانیه تصدیق» را امضا کرده و تاریخ بزنید.
  4. پس از خانه پری این درخواست، لطف نموده قبل از پست کردن همه طرف های آنرا چسب یا استبلر کنید تا کاملاً مهر و موم شود.
- اگر ترجیح می دهید درخواست خود را در یک پاکت جداگانه برای ما پست کنید و تاپه ندارید، لطفاً با پروگرام جبران خسارت قربانیان تماس بگیرید و ما یک پاکت با هزینه پست (پاکتی که به مهر ضرورت ندارد) برای شما ارسال می کنیم تا شما بتوانید درخواست و/یا بل ها را پست کنید.
- اگر در آینده بل های بیشتری در ارتباط با جرم دریافت کردید، لطفاً مطمئن شوید که آنها را به آدرس صفحه اول این درخواست برای ما ارسال کنید.

این صفحه را برای سوابق خود نگه دارید.

## I. معلومات قربانی

نام قربانی: \_\_\_\_\_  
آدرس پستی: \_\_\_\_\_  
شهر یا شهرک: \_\_\_\_\_  
ایالت: \_\_\_\_\_ زپ کود: \_\_\_\_\_  
تلیفون خانه: \_\_\_\_\_ تلیفون محل کار: \_\_\_\_\_  
تلیفون همراه: \_\_\_\_\_ ایمیل آدرس: \_\_\_\_\_  
اگر نمی خواهید با شما به آدرس فوق الذکر تماس بگیریم، لطفاً آدرس پستی و شماره تلیفون دیگری را وارد کنید:

### اگر قربانی طفل صغیر است:

نام والد یا  سرپرست قانونی:

تاریخ تولد والد/سرپرست: \_\_\_\_\_  
تلیفون خانه: \_\_\_\_\_ تلیفون محل کار: \_\_\_\_\_  
تلیفون همراه: \_\_\_\_\_ ایمیل آدرس: \_\_\_\_\_  
اگر آدرس با آدرس قربانی متفاوت است:

اگر تحت سرپرستی DCF (اداره اطفال و فامیل ها) است، نام مددکار دوسیه:

### اگر قربانی فوت کرده باشد:

نام بازمانده: \_\_\_\_\_  
آدرس پستی: \_\_\_\_\_  
شهر یا شهرک: \_\_\_\_\_  
ایالت: \_\_\_\_\_ زپ کود: \_\_\_\_\_  
تلیفون خانه: \_\_\_\_\_ تلیفون محل کار: \_\_\_\_\_  
تلیفون همراه: \_\_\_\_\_ ایمیل آدرس: \_\_\_\_\_  
تاریخ تولد بازمانده: \_\_\_\_\_  
رابطه با قربانی: \_\_\_\_\_

## II. معلومات در مورد جرم

لطفاً تا جایی که می توانید معلومات زیر را تکمیل کنید. اگر این معلومات را ندارید، جای آن را خالی بگذارید. ما کوشش می کنیم مدارک را از پولیس یا وکیل قربانی شما دریافت کنیم.

تاریخ جرم: \_\_\_\_\_ تاریخ گزارش: \_\_\_\_\_  
نام(های) فرد (افراد) مظنون: \_\_\_\_\_  
تاریخ تولد مظنون(ها): \_\_\_\_\_  
محل وقوع جرم: \_\_\_\_\_  
اداره پولیسی که به آن گزارش داده شد: \_\_\_\_\_  
نام افسر پولیس: \_\_\_\_\_  
شماره حادثه: \_\_\_\_\_

### نوع جرم: (همه موارد مرتبط را علامه بزنید)

- آتش زدن  حمله  دزدی با اعمال زور  
 آزار جسمی طفل/غفلت از طفل  سوء استفاده جنسی از اطفال  
 پورنوگرافی اطفال  خشونت خانگی

DUI (دریوری تحت تأثیر نوشیدنی های الکولی مست کننده یا مواد دیگر)

کلاهبرداری/جرایم مالی  قتل  قاچاق انسان

آدم ربایی  سایر جرایم مرتبط با وسایل نقلیه  سرقت

تجاوز جنسی  تعقیب کردن  تروریسم

سایر \_\_\_\_\_

آیا شما یک وکیل خصوصی در دعوای مدنی دارید یا اقدام بیمه در مورد این جرم وکالت شما را بر عهده دارد؟  بلی  نخیر  
نام وکیل: \_\_\_\_\_

ایمیل: \_\_\_\_\_ تلفون: \_\_\_\_\_

## III. درخواست های جبران خسارت

لطفاً تا جایی که می توانید معلومات زیر را تکمیل کنید. اگر این معلومات را ندارید، جای آن را خالی بگذارید.

در پی جرم صورت گرفته، من تقاضای جبران خسارت به شرح ذیل را دارم:

- مراقبت از طفل  عینک، سمعک، پروتز، یا هر وسیله مصنوعی که در جریان جرم گرفته شده، گم شده، از بین رفته است.  
 مشوره  پاکسازی صحنه جرم  
 طب دندان

- هزینه های تدفین
- از دست دادن پشتیبانی
- دستمزد از دست رفته (زمانی که در محل کار حاضر نشده ام)
- طبّی
- مسافت پیموده شده / تیل
- پرداخت بل ها برای حیوانات خانگی که در جریان جرم، مجروح یا کشته شده اند
- بردن حیوانات خانگی به مرکز مراقبت
- کرایه / نقل مکان
- ایمنی/مصنوعیت
- مخارج زندگی موقت
- مصارف سفر / هزینه های ترانسپورت
- موارد دیگر: \_\_\_\_\_

← لطفاً هر بل مربوط به جرم را که دریافت می‌کنید برای پروگرام جبران خسارت قربانیان ارسال کنید. لطفاً نام و شماره تلفون ارائه دهنده(هایی) را که برای تداوی مرتبط با جرم ملاقات می‌کنید در ذیل ذکر نمایید:

طب دندان: \_\_\_\_\_ تلفون: \_\_\_\_\_

داکتر: \_\_\_\_\_ تلفون: \_\_\_\_\_

شفاخانه: \_\_\_\_\_ تلفون: \_\_\_\_\_

مشاور: \_\_\_\_\_ تلفون: \_\_\_\_\_

مؤسسه تدفین: \_\_\_\_\_ تلفون: \_\_\_\_\_

#### معلومات بیمه:

آیا قربانی بیمه صحتی دارد؟  بلی  نخیر

اگر بلی، نام شرکت بیمه را مشخص کنید:

Medicaid  Medicare  MVP  Blue Cross/Blue Shield  Cigna

موارد دیگر: \_\_\_\_\_ آی دی # بیمه: \_\_\_\_\_

آیا والد، سرپرست یا بازمانده بیمه صحتی دارند؟  بلی  نخیر  
اگر بلی، نام شرکت بیمه را مشخص کنید:

Medicaid  Medicare  MVP  Blue Cross/Blue Shield  Cigna

موارد دیگر: \_\_\_\_\_ آی دی # بیمه: \_\_\_\_\_

#### نام کار فرما:

\_\_\_\_\_ آدرس: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ شهر/شهرک: \_\_\_\_\_ ایالت: \_\_\_\_\_ زپ کود: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ تلفون: \_\_\_\_\_ ایمیل کار فرما: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ نام شخص مسؤول در محل کار: \_\_\_\_\_

در پی وقوع جرم، من در تاریخ ذیل و به دلیل ذکر شده غیرحاضری داشته ام:

تاریخ(های) غیرحاضری:	دلیل:
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____
4. _____	4. _____

لطفاً توجه کنید: اگر برای دستمزد از دست رفته (زمان غیرحاضری در محل کار) درخواست غرامت می کنید، ما با کار فرما شما تماس خواهیم گرفت.

آیا بابت زمان غیرحاضری در محل کار، به شما دستمزد می دادند؟  بلی  نخیر

← اگر در آینده به دلایل مرتبط با جرم، غیرحاضری داشتید، لطفاً تاریخ ها را به ما اطلاع دهید.

#### IV. معلومات اختیاری

چطور در باره پروگرام جبران خسارت قربانیان مطلع شدید؟

- مشاور
- اداره اطفال و فامیل
- وکیل قربانی
- شفاخانه
- پولیس
- تلویزیون
- انترنت
- رادیو
- نهادهای حامی افراد دارای معلولیت
- سایر موارد (لطفاً مشخص کنید)

معلومات زیر اختیاری است و برای مطابقت با مقررات فدرال درخواست شده و فقط برای اهداف آماری می باشد.

نژاد/قومیت: (گزارش خودی)

- سرخپوست امریکایی یا بومی آلاسکا
- آسیایی
- سیاه پوست یا افریقایی امریکایی
- هسپانوی یا لاتین
- بومی هاوایی یا سایر باشندگان جزایر اقیانوس آرام
- سفید- غیر لاتین یا قفقازی
- سایر نژادها
- چندنژادی

جنسیت: (گزارش خودی)  مرد  زن  آنطور که خودتان را معرفی می کنید: \_\_\_\_\_

به منظور کمک بهتر به شما، آیا در خصوص هر یک از موارد زیر به حمایت نیاز دارید:

(اختیاری)

- مشکل بینایی
- ناشنوایی یا کم شنوایی
- ناتوانی جسمی
- مشکلات صحت روانی
- ناتوانی ذهنی

اگر ناتوانی شما در بالا ذکر نشده است، لطفاً آن را نوشته کنید: \_\_\_\_\_

لطفاً به ما اطلاع دهید که به کدام حمایت(ها) ضرورت دارید:

- ترجمان زبان اشاره امریکایی
- دسترسی به مطالب با چاپ کلان
- ترجمان شفاهی

\_\_\_\_\_  کمک ارتباطی (لطفاً مشخص کنید):

\_\_\_\_\_ سایر موارد لطفاً مشخص کنید:

هر کاونتی یک وکیل قربانی دارد که در دفتر خارنوالی ایالت مستقر است. ما شما را تشویق می کنیم تا اگر کدام سوالی که در مورد پروسه محکمه دارید با وکیل خود تماس بگیرید. برای کسب معلومات در مورد نحوه تماس با وکیل خود، با پروگرام جبران خسارت قربانیان به شماره

1-800-750-1213 (صوتی- فقط VT)

یا با 1-802-241-1250 (صوتی) تماس بگیرید.

## ادامه در صفحه بعدی

## جهت واجد شرایط بودن برای جبران خسارت قربانیان، باید سه (3) قسمت ذیل را امضا کرده و تاریخ بزنید.

### اجازه برای به دست آوردن معلومات

بدینوسیله من به طور داوطلبانه مطابق با مقررات حفظ حریم خصوصی تحت HIPAA (قانون قابلیت انتقال و مسؤولیت بیمه صحی، 42USC § 132d و ما بعد) به هر شفاخانه، کلینیک، دکتر، ارائه‌دهنده مراقبت‌های صحی یا سایر افرادی که قربانی با نام ذیل را ملاقات یا معاینه کرده باشند، هر مدیر مؤسسه تدفین، شرکت بیمه، مشاور، وکیل یا شخص دیگری که خدمات مرتبط را ارائه کرده است، هر کار فرما قربانی یا مدعی؛ هر پولیس یا سازمان دولتی، از جمله خدمات درآمد ایالتی یا فدرال؛ یا هر سازمانی که معلومات مربوطه را داشته باشد، اجازه میدهم هرگونه معلوماتی که در رابطه با حادثه ای که مبنای این ادعا را تشکیل میدهد در اختیار دارند را با پروگرام جبران خسارت قربانیان ورمونت شریک سازند. فتوکاپی این اجازه به اندازه اصل آن مؤثر و معتبر است، مگر اینکه قانون خلاف آن را الزامی کند. انتشار بعدی این معلومات ممنوع است. من می دانم که این اجازه یک سال پس از تاریخ صدور آن منقضی می شود، مگر اینکه من طور دیگری مشخص کنم.

همچنین می دانم که می توانم این اجازه را در هر زمانی با اطلاع رسانی کتبی به پروگرام جبران خسارت قربانیان، لغو کنم. به استثنای اقداماتی که قبلاً بر اساس آن صورت گرفته است.

تاریخ انقضای جایگزین در صورت تمایل: \_\_\_\_\_

نام قربانی: \_\_\_\_\_ تاریخ تولد: \_\_\_\_\_

امضای قربانی یا بازمانده: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

امضای والد یا سرپرست، اگر قربانی زیر 18 سال باشد: \_\_\_\_\_

تاریخ: \_\_\_\_\_

### بازپرداخت، جبران خسارت، و قرارداد جایگزین

من از طرف خودم، نماینده، وارث یا افراد تحت تکفلم می دانم که قانون ورمونت از من می خواهد که در صورت دریافت وجه از مجرم، دعوای مدنی یا شرکت بیمه، با پروگرام جبران خسارت قربانیان تماس بگیرم و بازپرداخت را انجام دهم. پروگرام جبران خسارت قربانیان در برابر هر پولی که در نتیجه این جرم بازپس می‌گیرم، حق حبس دارد. همچنین می دانم که اگر وکیلی را برای وکالت در هر اقدامی مرتبط با این جرم استخدام کنم، باید به پروگرام اطلاع دهم. من می دانم که امضای من نشان می دهد که اینجانب با تمام اظهارات مشخص شده در این توافقنامه موافق هستم.

نام قربانی: \_\_\_\_\_ تاریخ تولد: \_\_\_\_\_

امضای قربانی یا بازمانده: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

امضای والد یا سرپرست، اگر قربانی زیر 18 سال باشد: \_\_\_\_\_

تاریخ: \_\_\_\_\_

### تصدیق

من تصدیق می کنم که معلومات موجود در این درخواست تا جایی که می دانم درست و صحیح است.

امضای قربانی یا بازمانده: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

امضای والد یا سرپرست، اگر قربانی زیر 18 سال باشد: \_\_\_\_\_

تاریخ: \_\_\_\_\_