

Vermont د قربانيانو د جبران لپاره درخواست

مورپوهېرو چې دا ستاسو لپاره يو ستونزمن وخت دی. که تاسو د دغې فورمي په ډکولو کې مرستې ته اړتيا لرئ، په لاندې ذکر شوو شمېرو د قربانيانو د جبران پروگرام ته زنگ ووهئ. تاسو همدارنگه کولای شئ د ډېرو معلوماتو لپاره زموږ وېب پاڼې ته مراجعه وکړئ.

د قربانيانو د جبران پروگرام د جرم د هغو قربانيانو 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 قربانيانو د جبران پروگرام

58 South Main Street, Suite One

Waterbury, Vermont 05676-1599

(غږ - یوازي VT) 1-800-750-1213

(غږ) 1-802-241-1250

(فکس) 1-802-241-1253

www.ccvv.vermont.gov



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 چارواکی باید ثابتې 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 پروگرام 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 لگښتونه 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 لگښتونه
 - د کاري وخت د له لاسه ورکولو له امله له لاسه ورکړل شوی مزد
 - د نخسو، عینکو، او محدودو ترانسپورتي لگښتونو په څېر نور مصارف
 - که چېرې د جرم په پایله کې مړینه رامنځ ته شي، قانوني وابسته گان کېدې شي په مؤقتي توگه د ژوند کولو لگښتونه 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 نېټه وړاندې کړئ.
2. په درخواست کې د "بېرته 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 سربښ کړئ.

که چېرې تاسو غواړئ خپل درخواست مور ته په بېل پاکټ کې راوستو او ټاپه نه لرئ، په مهربانۍ سره د قربانیانو د جبران له پروگرام سره اړیکه ونیسئ او مور به تاسو ته د پست له لگښت سره یو پاکټ واستو ترڅو خپل درخواست او/یا بېلونه پکې راوستو. که چېرې تاسو په راتلونکي کې د جرم اړوند ډېر بېلونه ترلاسه کړئ، ډاډ حاصل کړئ چې مور ته یې په هغه پته راوستو چې د درخواست په لومړنۍ پته باندې درج شوي ده.

دغه پاڼه د خپل ریکارډ لپاره وساتئ.

I. د قربانيانو معلومات

د قرباني شوي کس نوم: _____
پستي پته: _____
ښار يا ښارگوټی: _____
آيالت: _____ زېږ: _____
د کور تليفون: _____ د کار تليفون: _____
گرځنده تليفون: _____ د برېښنالیک پته: _____
که تاسو نه غواړئ چې مور په پوتني پته اړیکه درسره ونیسو، مهرباني وکړئ بله پستي پته او د تلفون شمېره چمتو کړئ.

که چېرې قرباني شوی کس ماشوم وي:

د والدینو يا قانوني پالونکي نوم:

د والدینو/پالونکي د زیږون نېټه: _____
د کور تليفون: _____ د کار تليفون: _____
گرځنده تليفون: _____ د برېښنالیک پته: _____
که چېرې پته د قرباني شوي کس له پتي څخه متفاوته وي:

که چېرې د ماشومانو او کورنیو د څانګې (Dept. of Children & Families, DFC) تر پالنه لاندې یاست، 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 ښارگوټی: _____
آيالت: _____ زېږ: _____
د کور تليفون: _____ د کار تليفون: _____
گرځنده تليفون: _____ د برېښنالیک پته: _____
د قرباني شوي کس د کورنی د غړي د زیږون نېټه: _____
له قرباني شوي کس سره د خپلوی اړیکه: _____

II. د جرم په اړه معلومات

په مهرباني سره لاندې معلومات څومره چې کولای شئ بشپړ کړئ. که تاسو دغه معلومات نلرئ، دا ځای تش پرېږدئ، مور به کوبښن 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 نېټه د مشکوک کس (کسانو): _____
هغه ښارگوټی 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 لوټماری
- له ماشوم ناوړه فزیکي استفاده/بې غوري له 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 جرمنه قتل انساني قاچاق
- اختطاف د نقلیه وسایطو اړوند نور جرمنه غلا جنسي ځورونه کمین نیول ترورېزم
- 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: _____

برېښنالیک: _____ تلیفون: _____

III. د جبران غوښتنه

په مهرباني 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.

- عینکي، د اورېدو وسیلي، مصنوعي غاښونه، یا هر ډول مصنوعي وسیله چې د جرم په جریان کې اخیستل شوي، ورکه شوي، وپجاره شوي وي.
- د ماشوم پالنه مشوره د جرم صحنې پاکول د غاښونو اړوند لګښت

- د جنازي لگښتونه
- کورنيو ژوو ته ځای ورکول
- د ملا تر له لاسه ورکول
- د مزده له لاسه ورکول (د کار له لاسه ورکړل شوی وخت)
- طبي
- کرایه/ځای پر ځای کېدل
- خونديتوب/امنیت
- د سفر مصارف/ترانسپورتي لگښتونه
- تېل/گاز
- په مؤقتي توگه د ژوند کولو لگښتونه
- د هغو کورنيو ژوو لپاره د بېل تاديه چې د جرم په جريان کې ټپي شوي يا وژل شوي دي
- بل: _____

← په مهرباني سره د جرم اړوند ټول هغه بېلونه راواستوئ چې تاسو يې د قربانيانو د جبران د پروگرام لپاره ترلاسه کوئ. په مهرباني سره د هغه چمتو کوونکي (چمتو کوونکو) نومونه او د تلفون شمېرې ذکر کړئ چې تاسو يې د جرم اړوند کړنو لپاره لاندې ويني:

- د غاښو ډاکټر: _____ تلفون: _____
- ډاکټر: _____ تلفون: _____
- روغتون: _____ تلفون: _____
- مشاور: _____ تلفون: _____
- د جنازي کور: _____ تلفون: _____

د بيمې معلومات:

آيا قرباني شوی کس روغتيايي بيمه لري؟ هو نه

که ځواب هو وي، د بيمې د کمپنۍ نوم:

Cigna Blue Cross/Blue Shield MVP Medicare Medicaid

بل: _____ د بيمې د آی دي 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:

Cigna Blue Cross/Blue Shield MVP Medicare Medicaid

بل: _____ د بيمې د آی دي شمېره: _____

د گومارونکي نوم:

پته: _____

ښار/ښارگوټی: _____ آیالت: _____ زېږ: _____

تلفون: _____ د گومارونکي برېښنالیک: _____

په کار کې د اړیکې 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 مهرباني 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 گومارونکي سره اړیکه ونیسو.

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

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

IV. اختیاري معلومات

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

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

لاندې معلومات اختیاري دي او له فدرالي حکومت سره د مطابقت لپاره یې غوښتنه شوی ده او یوازې د احسایوي اهدافو لپاره دي.

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

- امریکایي الاصله هندي یا بومي الاسکایي
- آسیایي
- تور یا افریقايي الاصله امریکایي
- هسپانوی یا لاتینو
- بومي هاوایي یا د آرام سمندرگي اوسېدونکی
- سپین غیر لاتین یا قفقازی
- بل نژاد
- څوگونه نژادونه

جنسیت (په شخصي توگه راپور شوی) نارینه ښځینه د ځان هويت: _____

د دې لپاره چې په ښه توگه له تاسو سره مرسته وکړو، آیا په لاندې برخو کې مرستې ته اړتیا لرئ:

(اختیاري)

- بصري معلولیت
- کونوالی یا په سختی سره اورېدل
- فزیکي معلولیت
- د رواني روغتیا تشخیص
- ذهني معلولیت

په مهربانی سره خپل معلولیت مشخص کړئ که چېرې دلته یې یادونه نه وي شوی: _____

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

- د امریکا د اشاروي ژبې ترجماني
- د ژبې ترجماني
- په لویه بڼه چاپ شوي مواد

د ارتباطاتو مرسته (په مهربانی سره مشخصه یې کړئ): _____

بل په مهربانی سره مشخص یې کړئ: _____

هره ناحیه د قربانیانو لپاره مدافع وکیل لري چې د ایالت د لویې څارنوالۍ په دفتر کې موقعیت لري. موږ تاسو هڅوو چې د محکمې د پروسو په اړه د هر ډول پوښتنو په صورت کې خپل مدافع وکیل ته زنگ ووهئ. له خپل مدافع وکیل سره د اړیکې نیولو په اړه د معلوماتو لپاره، د قربانیانو د جبران له پروگرام سره په

1-800-750-1213 (یوازې غږ VT)

یا 1-802-241-1250 (غږ) شمېره اړیکه ونیسئ

بلي پاني ته دوام ورکړئ

د دې لپاره چې د قربانيانو د جبران لپاره په شرایطو پوره شی، تاسو باید خپل لاسلیک او نېټه په دريو (3) ځایونو کې درج کړئ.

د معلوماتو د ترلاسه کولو اجازه

زه په دې توګه HIPAA (د روغتیايي بیمې د لېږد وړ او مسؤلیت قانون، 42USC § 132d et seq) د محرمانیت د مقرراتو مطابق هر روغتون، کلینیک، ډاکټر، د روغتیايي مراقبت چمتو کونکي 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 وېر موند د قربانيانو 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 پوهیږم چې د دغه اجازه لیک د 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 پوهیږم چې زه کولای شم د قربانيانو د جبران پروګرام ته د لیکلې خبرتیا په ورکولو سره هر وخت چې وغواړم دغه اجازه فسخه کړم، په استثنای د هغو مواردو چې دمخه اعتماد ورباندې شوی دی.

د تمایل په صورت کې د اعتبار د ختمېدو بډیله 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 اداینې، د خسارې د جبران، او وکالت تړون

زه د خپل ځان، وکیل، وارث، یا تر لاس لاندې کسانو په استازیتوب پوهیږم چې زه مکلف یم د وېر موند د قانون په اساس د قربانيانو 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 قربانيانو د جبران پروګرام زما د هغو پیسو پر وړاندې د ملکیت تصرف لري چې کېدای شي زه یې د رامنځ ته شوي جرم په پایله کې ترلاسه کړم. زه همدارنګه پوهیږم 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 پوهیږم 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: _____