

درخواست دریافت غرامت برای قربانی جنایت

بخش ۱: خواهان

زبان ترجیحی برای مکالمه

زبان ترجیحی برای نوشتار

لازم است درخواست جداگانه ای برای هر فرد متقاضی دریافت کمک پر شود.

بخش ۱ برای تمام درخواستها باید تکمیل شود. خواهان فردی است که در اثر یک جنایت متحمل مخارج شده یا متقاضی دریافت کمک است. اگر این درخواست را از طرف فرد دیگری پر می کنید، اطلاعات وی را در بخش ۱ و اطلاعات خودتان را در بخش ۳ وارد کنید.

جنسیت

نام خانوادگی

نام میانی

نام

تاریخ تولد

SSN بدون

شماره تامین اجتماعی

رابطه شما با قربانی

آیا فرد مدعی، از نظر جنسی دیگران را مورد اذیت و آزار قرار داده است؟

از تاریخ بروز جرم تا به امروز، آیا فرد مدعی به دلیل انجام بزه در زندان، حبس موقت، بازداشت یا بازپروری بعد از ترخیص از زندان بوده است؟

نشانی پستی
نام و شماره خیابان یا صندوق پستی

کدپستی

ایالت

شهر

نشانی ۲ (شماره آپارتمان یا واحد)

نوع رایانامه

رایانامه

داخلی

بهترین شماره برای تماس

اگر شما فردی بالغ هستید که قربانی جنایت شده و متحمل مخارجی شده اید، برای ادامه به بخش ۴ بروید

در صورتی که والدین/قیم فرد نابالغی هستید که شاهد یک جنایت خشن بوده است و از طرف او درخواست می دهید، این گزینه را تیک بزنید. افراد نابالغی که شاهد جنایت بوده اند فقط واجد شرایط درمانهای سلامت روان هستند. خواهان فردی زیر ۱۸ سال است، که از فاصله ای نزدیک شاهد یک جنایت خشن بوده است، اما قربانی جنایت نبوده و ارتباطی با جنایت نداشته است. در بخشهای بعدی اطلاعات موجود در رابطه با قربانی، جنایت یا سایر موارد را وارد نمایید.

در غیر این صورت بخش ۲ را تکمیل کنید

بخش ۲: قربانی جنایت

قربانی جنایت فردی است که به خاطر آن جنایت آسیب جسمی دیده، تهدید شده که به او آسیب جسمی وارد می شود، یا در اثر آن کشته شده است.

جنسیت

نام خانوادگی

نام میانی

نام

در صورت فوت قربانی، تاریخ فوت را ذکر کنید

تاریخ تولد

SSN بدون

شماره تامین اجتماعی

آیا قربانی مورد آزار جنسی قرار گرفته است؟

از تاریخ جنایت تا کنون، آیا قربانی به خاطر انجام هرگونه جرمی در زندان، تحت آزادی مشروط یا آزادی به قید التزام بوده است؟

نشانی پستی
نام و شماره خیابان یا صندوق پستی

کدپستی

ایالت

شهر

نشانی ۲ (شماره آپارتمان یا واحد)

نوع رایانامه

رایانامه

داخلی

بهترین شماره برای تماس

اگر این درخواست را از طرف فردی نابالغ یا بزرگسالی ناتوان پر می کنید، بخش ۳ را تکمیل کنید

در غیر این صورت به بخش ۴ بروید

بخش ۳: والدین یا قیم (درخواست دهنده)

این بخش مربوط به والدین یا قیم افراد نابالغ یا بزرگسالان ناتوان ذکر شده در بخش ۱ می باشد.

لطفا نسبت خود را با فرد نام برده در بخش ۱ ذکر کنید:

زبان ترجیحی برای مکالمه

زبان ترجیحی برای نوشتار

نام خانوادگی	نام میانی	نام
تاریخ تولد	جنسیت	شماره تأمین اجتماعی
بدون SSN		
نشانی پستی	نام و شماره خیابان یا صندوق پستی	از تاریخ جنایت تا کنون آیا شما به خاطر انجام هرگونه جرمی در زندان، تحت آزادی مشروط یا آزادی به قید التزام بوده اید؟
نشانی ۲ (شماره آپارتمان یا واحد)	شهر	ایالت
کد پستی		
بهترین شماره برای تماس	داخلی	رایانامه
رایانامه		نوع رایانامه

برای ادامه بخش ۴ را تکمیل کنید

بخش ۴: اطلاعاتی در رابطه با مخارج شما

قربانی جنایت می تواند از مزایای زیر بهره مند شود. لطفا مخارج مرتبط با جنایت را که برای آن درخواست می دهد بررسی کنید. لطفا کپی یا فهرست صورتحسابهای مرتبط با جنایت را پیوست کنید.

مخارج پزشکی و/یا دندانپزشکی	درمانهای سلامت روان	از دست دادن درآمد (در صورتی که به خاطر جنایت نتوانسته اید کار کنید)
مخارج جابجایی یا نقل مکان	ارتقاء امنیت منزل	ایجاد تغییرات در منزل یا خودرو (برای فردی که در اثر جنایت دچار معلولیت شده است)
بازآموزی کاری (برای فردی که در اثر جنایت دچار معلولیت شده است)	پاکسازی صحنه جنایت	پرداخت هزینه جابجایی یا حمل و نقل
سایر مخارج مرتبط با جنایت		

افرادی که قربانی جنایت نبوده اند می توانند از مزایای زیر بهره مند شوند. لطفا مخارج مرتبط با جنایت را که برای آن درخواست می دهد بررسی کنید. لطفا کپی یا فهرست صورتحسابهای مرتبط با جنایت را پیوست کنید.

برای افراد نابالغی که شاهد یک جنایت خشن بوده اند، تنها مزایای درمانی سلامت روان موجود است. لطفا به بخش ۵ بروید.

درمانهای سلامت روان	از دست دادن دستمزد (تا ۳۰ روز، در صورتی که فرد نابالغ فوت کند یا بستری شود)	از دست دادن حمایت (برای وابستگان شخص فوت شده یا قربانی دچار معلولیت)
مخارج کفن و دفن	پاکسازی صحنه جنایت	ارتقاء امنیت منزل
مخارج پزشکی قربانی فوت شده		

درخواست پرداخت اضطراری

تحت شرایط خاصی می توانید برای پرداخت اضطراری درخواست بدهید. پرداخت اضطراری جهت مخارج مرتبط با جنایت معین شده است و در صورتی که شما به خاطر عدم پرداخت فوری مخارج مرتبط با جنایت دچار مصائب اقتصادی جدی شوید به شما تعلق می گیرد. منظور از مصائب جدی این است که پس از پرداخت هزینه های مرتبط با جنایت پولی برای شما باقی نماند که بتوانید نیازهای اولیه خود را مانند خوراک یا اجاره منزل پرداخت کنید. در صورت احراز شرایط، پرداخت اضطراری معمولاً طی ۳۰ روز از ارائه درخواست انجام می گیرد.

درخواست پاداش اضطراری داریم.

بخش ۵: اطلاعات مربوط به جنایت

نام سازمان اعمال قانون
نام سازمان مجریان قانون که جنایت به آن گزارش شده بود:

تاریخ وقوع جنایت
از تا

تاریخ گزارش جنایت
شماره گزارش جنایت
آسیبهای وارده را شرح دهید

شهرستان محل وقوع جنایت
نام و شماره خیابان یا صندوق پستی.

فردی که مرتکب جنایت شده (مظنون)، اگر وی را می شناسید
مظنون ناشناس

نام میانی
نام خانوادگی

نشانی ۲
(شماره آپارتمان یا واحد):
شهر
ایالت
کدپستی
شهرستان
نوع جنایت

بخش ۶: اطلاعات وکیل (جهت ارائه درخواست دریافت غرامت برای قربانی نیازی به داشتن وکیل نیست.)

این بخش تنها ویژه نمایندگان می باشد، از جمله وکیل یا نماینده قربانی. نمایندگان مرکز کمک به قربانیان لازم است فقط نام، شماره تماس، شماره مرکز، تاریخ و امضای خود را مرقوم نمایند. از وکلای محترم تقاضا می شود این قسمت را به طور کامل تکمیل نمایند.

لطفاً ارتباطتان را با فرد عنوان شده
در بخش ۱ عنوان کنید:

اگر موارد دیگر است، لطفاً
مشخص کنید:

نام
نام میانی
نام خانوادگی
شماره تلفن
داخلی

نام سازمان:

نشانی پستی

نام و شماره خیابان یا صندوق پستی

نشانی ۲ (شماره آپارتمان یا واحد)

فقط برای کارکنان مرکز کمک به قربانیان

شماره JP/WVC

شهر
ایالت
کدپستی

فقط برای وکلا

ایالت Bar Number

شناسه مالیاتی:

بر اساس بخش 13957.7(g)
از قانون دولتی، درخواست پرداخت دارم

رایانامه

شماره تلفن

درج امضاء و تاریخ برای تمام نمایندگان الزامیست

تاریخ

امضای نماینده

بخش ۷: چطور درباره هیئت اطلاعات کسب کردید؟

مقامات انتظامی
دانشگاه منطقه
ارائه دهنده خدمات پزشکی
خدمات حفاظت از کودکان

خدمات حفاظت از بزرگسالان
ارائه دهنده خدمات سلامت روان
مرکز کمک به شاهدان قربانی
رسانه (تلویزیون، رادیو، روزنامه، غیره)

بیلورد یا پوستر
کارت یا کتابچه
سایر موارد

بخش ۸: اطلاعات گزارش دهی فدرال

اطلاعات داوطلبانه زیر برای فردی است که غرامت را دریافت می کند و تنها طبق مقررات فدرال جهت مقاصد آماری مورد استفاده قرار می گیرد.

قومیت	سرخ پوست آمریکایی/ بومی آلاسکا	آسیایی	سیاه پوست/ آفریقایی آمریکایی	اهل آمریکای جنوبی یا لاتین	بومی هاوایی یا سایر مردم جزایر پاسیفیک	سفید پوست غیر از آمریکای جنوبی / سفید پوست
			سایر نژادها	ترکیب نژادها	عدم اعلام نژاد	سایر موارد:

آیا قربانی معلول شده است؟
آیا قربانی پیش از وقوع جنایت معلول بوده است؟

بخش ۹: اطلاعات بیمه

لطفاً اطلاعات بیمه خود را در ذیل پر کنید. طرح پرداخت غرامت به قربانی در کالیفرنیا هیئت جبران خسارت قربانیان کالیفرنیا (CaIVCB)، آخرین پرداخت کننده است. ما جهت بازپرداخت احتمالی با شرکت بیمه شما تماس خواهیم گرفت.

هیچ نوع بیمه ای ندارم.

بیمه خدمات درمانی

شماره کارت شناسایی مزایای Medi-Cal

تاریخ صدور

نام شرکت بیمه خدمات درمانی
شماره بیمه نامه
شماره گروه
شماره تلفن
داخلی

نشانی پستی

نام و شماره خیابان یا صندوق پستی

نشانی ۲ (شماره آپارتمان یا واحد)
شهر

ایالت
کدپستی

نام بیمه شده

نام

نام میانی

نام خانوادگی

آیا در ارتباط با این جنایت فرم درخواست بیمه پر کرده اید؟

بیمه خودرو/وسائط نقلیه (شامل خودرو، وانت، موتور سیکلت، کاروان، قایق، جت اسکی، هواپیما و غیره)

اگر در جرم روی داده، وسیله نقلیه ای وجود داشت، از جمله برخورد عابرین پیاده با وسیله نقلیه، لطفاً فرم را پر کنید.

نام شرکت بیمه خودرو

شماره بیمه نامه

شماره تلفن

داخلی

نشانی پستی

نام و شماره خیابان یا صندوق پستی

نشانی ۲ (شماره آپارتمان یا واحد)
شهر

ایالت
کدپستی

نام بیمه شده

نام

نام میانی

نام خانوادگی

آیا در ارتباط با این جنایت فرم درخواست بیمه پر کرده اید؟

انواع دیگر بیمه

لطفاً انواع دیگر بیمه را که ممکن است در درخواست شما اعمال شود تیک بزنید

سایر موارد

Workers' Comp

Medicare

Medi-Cal

در صورتی که بیش از یک بیمه دارید،

لطفاً روی کاغذی جداگانه بنویسید و همراه با درخواست خود ارسال نمایید.

بخش ۱۰: اطلاعات کارفرما

لطفا اطلاعات کارفرمای قربانی را ذکر کنید. در صورتی که شما والدین/قیم قربانی نابالغی هستید که بستری شده یا فوت کرده، و تقاضای دریافت مزایای عدم دریافت دستمزد خود را دارید، لطفا اطلاعات کارفرمای خود را ذکر کنید.

نام تجاری کارفرما	نام	نام خانوادگی	شماره تلفن	داخلی	با کارفرمای شما تماس گرفته شود؟
نشانی پستی	نشانی ۲ (شماره آپارتمان یا واحد)	شهر	ایالت	کدپستی	نام و شماره خیابان یا صندوق پستی

آیا قربانی خویش فرما است یا بوده است؟

آیا قربانی به خاطر آسیبهای ناشی از جنایت نتوانسته کار کند؟

آیا جنایت زمانی رخ داد که قربانی در محل کار خود یا مشغول انجام شغل خود بوده است؟

اگر بیشتر از یک کارفرما دارید، لطفا روی کاغذی جداگانه بنویسید و همراه با درخواست خود ارسال نمایید.

بخش ۱۱: اطلاعات دعوی مدنی

تذکر: در صورتی که قصد طرح دعوی مدنی دارید، طبق قانون موظف هستید ظرف مدت ۳۰ روز پس از طرح دعوی CaIVCP را مطلع سازید.

آیا در رابطه با این جنایت دعوی مدنی طرح نموده اید، یا قصد دارید طرح نمایید؟

نام وکیل	نام میانی	نام خانوادگی	شماره تلفن	داخلی	نام
نشانی پستی	نشانی ۲ (شماره آپارتمان یا واحد)	شهر	ایالت	کدپستی	نام و شماره خیابان یا صندوق پستی

درخواست شما جهت دریافت غرامت برای قربانی جنایت تقریبا تکمیل شده است

- پس از وارد نمودن تمام اطلاعات موجود، درخواست را چاپ کنید.
- کپی مدارکی را که از درخواست شما جهت دریافت غرامت برای قربانی جنایت پشتیبانی می کند پیوست نمایید، از جمله کپی صورتحسابهای مرتبط با جنایت، بیمه یا هر مدرک دیگری که مرتبط با جنایت است. اصل مدارک را جهت سوابق خود نگه دارید.
- لطفا صفحه بعد را به دقت بخوانید، امضاء کنید و تاریخ بزنید، و سپس به آدرس ذکر شده ارسال نمایید، یا آن را تحویل مرکز کمک به شاهدان قربانی منطقه خود تحویل دهید.
- CaIVCP جهت تایید دریافت درخواست شما، نامه ای برای شما ارسال خواهد نمود. این تأییدیه شامل اطلاعات اضافه درباره مزایای درخواستی شما خواهد بود.
- در صورتی که اطلاعات کافی در درخواست خود ارائه نداده باشید، یکی از نمایندگان CaIVCP با شما تماس خواهد گرفت.
- اگر راجع به غرامت قربانی سوالی دارید می توانید با مرکز کمک به شاهدان قربانی منطقه خود یا با CaIVCP به شماره ۹۲۲۹-۷۷۷-۸۰۰ تماس بگیرید.

این صفحه باید امضاء شود و تاریخ در آن درج شود.

بخش ۱۲: انتشار اطلاعات

بدينوسيله اينجانب به ارائه دهنده خدمات درمانی؛ صادرکننده صورتحساب پزشکی، متصدی امور کفن و دفن یا افراد مشابه، کارفرما، پلیس یا هر سازمان دولتی دیگر، از جمله وزارت دادگستری، اداره تامین اجتماعی، هیئت مالیات فرانشیز کشور، اداره مالیات دولت فدرال (California Victim Compensation Board, the State Franchise Tax Board, and the Federal Internal Revenue Service)، هر یک از شرکت‌های بیمه؛ یا هر شخص یا سازمانی اجازه می‌دهم که اطلاعات مرتبط با این درخواست شامل اطلاعات پزشکی (از جمله سوابق یا پیشینه جسمانی، گزارشات مشاوره، گزارشات آسیب شناسی، خلاصه‌های ترخیص، گزارشات مربوط به عمل‌های جراحی، گزارشات اشعه X و رادیولوژی‌های دیگر، گزارشات آزمایشگاه، یادداشت‌های مربوط به نمودارها، گزارشات صوتی، و سوابق صورتحسابها، که محدود به این موارد نیز نمی‌گردد)، سلامت روان و سوابق ارتکاب جرائم را جهت بررسی واجد شرایط بودن برای مزایای CalVCP در اختیار هیئت جبران خسارت قربانیان کالیفرنیا (CalVCP) یا نمایندگان آن قرار دهند. این اجازه در مورد تمامی منابع جهت دریافت ضررهای مورد ادعا نیز صدق می‌کند، از جمله مزایای درمانی یا پزشکی، مزایای بیکاری یا معلولیت، مزایای تامین اجتماعی (معلولیت تامین اجتماعی، درآمد تکمیلی تامین، و/یا بازنشستگی، شامل سوابق پزشکی و/یا سلامت روان پشتیبان)، و مزایای کهنه سربازان، که محدود به این موارد نیز نمی‌گردد. اینجانب همچنین دسترسی به اطلاعات مالیاتی ایالتی و فدرال خود، شامل اظهارنامه‌های مالیاتی، برای مقاصد تایید درآمد را نیز مجاز می‌دانم. اینجانب بدينوسيله از تمام حقوق قانونی خود نسبت به این اطلاعات که در رابطه با درخواست بنده مورد نیاز CalVCP است، صرفنظر می‌نمایم.

بدينوسيله موافقت می‌کنم که کپی یا نورنگار این فرم امضاء شده برابر اصل آن است، و با امضای خود اجازه انتشار تمامی اطلاعات مشخص شده را می‌دهم.

بدينوسيله موافقت می‌کنم که CalVCP یا نمایندگان آن می‌توانند در مورد این پرونده از مجرم محکوم جهت جبران خسارت دادخواهی کنند، تا وجوه پرداختی به بنده توسط CalVCP را دریافت نمایند، و نیز با تکمیل این درخواست اجازه استفاده از اطلاعات این درخواست و پرونده‌های دعاوی پس‌انداز را جهت دادخواهی و درخواست جبران خسارت از مجرم محکوم را می‌دهم.

اینجانب موافقت می‌نمایم که CalVCP یا نمایندگان آن جهت تایید یا انجام رویه این درخواست، می‌توانند اطلاعات مرتبط با این درخواست و اطلاعات قید شده در این درخواست را در اختیار هر یک از نمایندگان نام برده در این درخواست، سازمان‌های دولتی، یا ارائه دهندگان خدمات درمانی، یا ارائه دهندگان خدمات دیگر، قرار دهند، و در صورت تایید شدن مبلغ این خدمات می‌توانند وجه آن را به طور مستقیم به ارائه دهنده خدمات پرداخت نمایند.

اینجانب بدينوسيله موافقت می‌نمایم که در هر زمانی می‌توانم این اجازه‌ها را لغو نمایم. درخواست لغو اجازه‌ها باید به صورت نوشتاری باشد. درخواست لغو اجازه‌ها زمانی تایید خواهد شد که CalVCP آن را دریافت نماید، اما ممکن است هنگامی که CalVCP درخواست لغو اجازه‌ها را دریافت می‌کند من دیگر واجد شرایط دریافت مزایای CalVCP شناخته نشوم. اگر چه هیچ یک از ارائه دهندگان خدمات درمانی نمی‌توانند درمان، پرداخت، ثبت نام یا واجد شرایط بودن بنده را منوط به امضای این اجازه‌نامه نمایند. بنده جز در موارد محدودی حق دارم یک نسخه از این اجازه‌نامه را دریافت نمایم. اینجانب موافقت می‌نمایم که اطلاعات فاش شده ذیل این مجوز طبق قانون می‌تواند مجدداً توسط دریافت کننده آن در اختیار غیر قرار داده شود و فاش شدن دوباره آن تحت حفاظت قانون فدرال یا ایالتی نخواهد بود.

اینجانب موافقت می‌نمایم که این اجازه‌ها و این موافقت نامه پس از ۱۰ سال از تاریخ امضای بنده در این فرم منقضی خواهد شد.

امضاء	تاریخ
-------	-------

(در صورتی که قربانی نابالغ یا ناتوان است، لازم است والدین یا قیم وی امضاء نمایند.)

بخش ۱۳: توافق نامه من با هیئت جبران خسارت قربانیان کالیفرنیا

طبق قوانین کالیفرنیا، در صورتی که بنده یا فردی به نمایندگی از طرف بنده وجهی از مجرم محکوم، یک دعوی مدنی، یک پوشش بیمه‌ای، یا هر سازمان دولتی یا خصوصی دیگری بابت خسارات وارده به طور مستقیم در اثر جنایت دریافت نمایم، در صورتی که قبلاً به خاطر همان جنایت از CalVCP مزایایی دریافت کرده باشم، بنده ملزم هستم که با هیئت جبران خسارت قربانیان کالیفرنیا (CalVCP) تماس بگیرم و معادل مزایای دریافتی از CalVCP وجه دریافتی را به این طرح بپردازم. اینجانب درک می‌کنم که اگر بعداً مشخص شود که برای مزایای خاصی واجد شرایط دریافت مزایای CalVCP شناخته شده‌ام، مسئولیت دارم که هرگونه وجه دریافتی از CalVCP را در ارتباط با آن مزایای خاص بازپرداخت نمایم. در صورتی که برای خود در هر نوع دعوی مرتبط با این جنایت وکیل بگیرم، یا خود شخصاً دعوی را تعقیب نمایم ملزم خواهم بود که به CalVCP اطلاع دهم.

هرگونه وجهی که از طریق CalVCP جهت هزینه‌های جابجایی/نقل مکان، ارتقاء امنیت منزل، یا ایجاد تغییرات در منزل یا خودرو (برای فردی که در اثر جنایت دچار معلولیت شده است) از CalVCP دریافت می‌کنم تنها برای همین مقاصد استفاده خواهد شد. اگر بنده قربانی خشونت در منزل باشم، و برای هزینه‌های جابجایی/نقل مکان پول دریافت می‌کنم، نشانی منزل جدید خود را در اختیار آن مجرم قرار نخواهم داد و هرگز آن مجرم را به داخل منزل راه نخواهم داد، یا علیه آن مجرم تقاضای صدور قرار منع خواهم نمود.

در صورتی که CalVCP به خاطر هرگونه خسارت مالی به من غرامت بپردازد، و سپس ایالت کالیفرنیا به خاطر همان خسارت از طرف بنده از مجرم غرامت دریافت نماید (شامل هرگونه وجهی که از طریق حکم بازپرداخت خسارت دریافت می‌نماید) یا از هر منبع دیگری غرامت دریافت نماید، اینجانب بدينوسيله تمامی اختیارات خود را نسبت به این غرامت به هیئت جبران خسارت قربانیان واگذار می‌نمایم.

اینجانب طبق قوانین ایالت کالیفرنیا و تحت مجازات شهادت کذب اعلام می‌نمایم که تمامی اطلاعات ارائه شده توسط اینجانب صحیح، حقیقی و با توجه به اطلاعات و باور بنده کامل بوده است. بنده درک می‌کنم که در صورت ارائه اطلاعات عامدانه غلط، گمراه کننده و ناقص ممکن است واجد شرایط دریافت مزایا نباشم، و جهت بازپرداخت مزایای دریافتی توسط بنده علیه من طرح دعوی شود.

امضاء	تاریخ
-------	-------

(در صورتی که قربانی نابالغ یا ناتوان است، لازم است والدین یا قیم وی امضاء نمایند. مددکاران اجتماعی شهرستان، نگاه کنید به بخش 13a.)

نام خود را با حروف مجزا بنویسید

بخش ۱۳: تنها برای مددکاران اجتماعی شهرستان

در صورتی که متوجه شوم که خواهان هرگونه وجهی از مجرم محکوم، یک دعوی مدنی، یک پوشش بیمه‌ای، یا هر سازمان دولتی یا خصوصی دیگری بابت خسارات وارده به طور مستقیم در اثر جنایت دریافت می‌نماید که به همان خاطر قبلاً از CalVCP مزایای دریافت کرده است، طبق قوانین کالیفرنیا با هیئت جبران خسارت قربانیان کالیفرنیا (CalVCP) تماس می‌گیرم و آنها را مطلع می‌سازم.

اینجانب طبق قوانین ایالت کالیفرنیا و تحت مجازات شهادت کذب اعلام می‌نمایم که تمامی اطلاعات ارائه شده توسط اینجانب صحیح، درست و با توجه به اطلاعات و باور بنده کامل بوده است. بنده درک می‌کنم که در صورت ارائه عامدانه اطلاعات غلط، گمراه کننده و ناقص توسط خواهان ممکن است وی واجد شرایط دریافت مزایا نباشد، و جهت بازپرداخت مزایای دریافتی توسط خواهان علیه وی طرح دعوی شود.

امضاء	تاریخ
-------	-------

نام خود را با حروف مجزا بنویسید

جهت کسب اطلاعات بیشتر با این شماره تماس بگیرید:

۱-۸۰۰-۷۷۷-۹۲۲۹

افراد دچار اختلالات شنوایی، لطفاً با شماره (۷۱۱)

مرکز خدمات بازگویی تماس کالیفرنیا (California Relay Service) تماس بگیرید

victims.ca.gov کمک به قربانیان جنایت در کالیفرنیا از سال ۱۹۶۵

درخواست تکمیل شده را به این نشانی پست کنید:

California Victim Compensation Board PO
Box 3036, Sacramento, CA 95812-3036

یا

آن را تحویل مرکز کمک به شاهدان قربانی منطقه خود دهید

اعلامیه حریم خصوصی در مورد جمع آوری اطلاعات

۱. VCGCB این اطلاعات را بر اساس قانون ۱۳۹۵۲ و ۱۳۹۵۴ دولت کالیفرنیا جمع آوری می کند.

۲. همه اطلاعات جمع آوری شده از این سایت، از جمله و نه محدود به قانون اجرایی اطلاعات، تحت این قانون هستند. به سایت <http://vcgcb.ca.gov/media/prg.aspx> مراجعه کنید.

۳. این اطلاعات با هدف تعیین و اجد شرایط بودن افراد نسبت به جبران خسارت آنها جمع آوری می شود.

۴. ممکن است VCGCB اطلاعات شخصی شما را به سایر افرادی که درخواست می کنند نشان دهد، اما فقط در صورتی که این کار به واسطه قانون یا برای ابراز حسن نیت برای انجام اقدامات زیر ضروری باشد:

الف. پیروی از احکام قانونی یا تبعیت از فرآیندهای قانونی موجود در VCGCB یا سایت؛

ب. محافظت و دفاع از حقوق یا دارایی VCGCB؛ و،

پ. در شرایط حاد و بحرانی برای محافظت از ایمنی شخصی کاربران VCGCB یا عموم افراد.

۵. افراد فقط لازم است اطلاعاتی را ارائه کنند که از آنها درخواست شده است.

۶. اطلاعات ارائه شده، الزامی هستند.

۷. عواقب عدم ارائه اطلاعات درخواستی ممکن است باعث رد شدن درخواستان شود.

۸. شما از این حق برخوردار هستید تا به سوابق حاوی اطلاعات شخصی که ارائه کرده اید، دسترسی داشته باشید.

۹. اطلاعات جمع آوری شده توسط هیئت جبران خسارت قربانیان کالیفرنیا (CalVCB) مورد استفاده قرار می گیرد.

۱۰. اگر هرگونه سوالی در رابطه با اطلاعات جمع آوری شده دارید، لطفاً آن را به این آدرس ارسال کنید: PO Box 48, Sacramento, CA 95812. یا می توانید به آدرس info@vcgcb.ca.gov ایمیل ارسال کنید، با شماره ۷۷۷-۹۲۲۹ (۸۰۰) تماس بگیرید یا از طریق ایمیل InfoSecurityandPrivacy@vcgcb.ca.gov با مسئول هماهنگی حریم خصوصی در VCGCB تماس بگیرید.

۱۱. اگر به اطلاعات بیشتر در رابطه با حریم خصوصی نیاز دارید، لطفاً به اعلامیه حریم خصوصی VCGCB در آدرس <http://vcgcb.ca.gov/privacy.aspx> مراجعه کنید.

۱۲. اگر درباره ایمنی اطلاعات مصرفی نیاز به جزئیات بیشتری دارید، از این آدرس دیدن کنید: <https://oag.ca.gov/privacy/online-privacy>.