



범죄 피해자 보상 신청서

제1항 청구인

도움을 청하는 각 개인들은 반드시 별도의 신청서를 제출하여야 합니다.

모든 신청서의 제1항은 반드시 작성되어야 합니다. 청구인은 범죄 결과로 인한 비용을 가지고 있거나 그로 인해 도움을 청하고 있는 사람입니다. 만약 귀하께서 누군가를 대신하여 이 신청서를 제출하고 있다면, 그 사람의 정보를 제1항에 그리고 귀하의 정보를 제3항에 적어주십시오.

대화시 선호 언어:

문서용 선호 언어:

이름:	중간 이름:	성:	성별:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

피해자와의 관계:

소셜 시큐리티 번호 (대시 없이):

청구인은 소셜 시큐리티 번호를 가지고 있습니까?

생년월일(월일년):

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

우편 주소
거리 번호와 이름 또는 P.O. BOX:

범죄 발생일부터 현재까지, 청구인은 중죄로 인해 수감되거나, 보호 관찰 또는 가석방되거나 사회내 감독 프로그램에서 풀려난 적이 있습니까?

청구인은 성 범죄자로 등록하도록 요구를 받았습니까?

주소 2 (아파트 또는 호수):	도시:	주:	우편 번호:	자택 전화번호:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

직장 전화번호:	내선번호	휴대전화:	이메일:	이메일 종류:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

귀하께서 폭력 범죄의 미성년자 증인을 대신하여 신청하는 부모/후견인이라면 이 칸에 체크하십시오. 미성년자 증인은 정신 건강 치료만 받을 자격이 있습니다. 청구인은 18세 미만으로 폭력 범죄에 아주 근접하여 있었으나 범죄 피해자나 피해자의 친인척이 아닙니다. 유효한 피해자, 범죄 또는 기타 정보를 남아있는 항에 제공하십시오.

귀하께서 성인 피해자이고 비용이 귀하를 위한 것이라면, 제4항으로 넘어가십시오

아닐 경우, 제2항으로 가십시오

제2항 범죄 피해자

범죄 피해자는 범죄로 인해 부상을 당하거나, 부상을 입히겠다고 위협을 받거나 사망한 사람입니다.

이름:	중간 이름:	성:	성별:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

소셜 시큐리티 번호 (대시 없이):

피해자는 소셜 시큐리티 번호를 가지고 있습니까?

생년월일(월일년):

피해자가 사망했다면, 사망일(월일년):

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

우편 주소
거리 번호와 이름 또는 P.O. BOX:

범죄 발생일부터 현재까지, 피해자는 중죄로 인해 수감되거나, 보호 관찰 또는 가석방되거나 사회내 감독 프로그램에서 풀려난 적이 있습니까?

피해자는 성 범죄자로 등록하도록 요구를 받았습니까?

주소 2 (아파트 또는 호수):	도시:	주:	우편 번호:	자택 전화번호:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

직장 전화번호:	내선번호	휴대전화:	이메일:	이메일 종류:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

귀하께서 미성년자 증인이나 무능력 성인을 대신하여 이 신청서를 작성하고 있는 부모/후견인이라면 제3항으로 가십시오
아닐 경우, 제4항으로 넘어가십시오

제3항 부모 또는 후견인(신청자)

이 항은 제 1항의 미성년자나 무능력 성인의 부모 또는 후견인을 위한 항입니다. 제 1항에 표시되어 있는 사람과 귀하의 관계를 나타내어주십시오:

이름: 중간 이름: 성: 성별:

소셜 시큐리티 번호 (대시 없이): 피해자는 소셜 시큐리티 번호를 가지고 있습니까?

생년월일(월일년):

우편 주소
거리 번호와 이름 또는 P.O. BOX:

범죄 발생일부터 현재까지, 귀하께서는 중죄로 인해 수감되거나, 보호 관찰 또는 가석방되거나 사회내 감독 프로그램에서 풀려난 적이 있습니까?

귀하께서는 성 범죄자로 등록하도록 요구를 받았습니까?

주소 2 (아파트 또는 호수): 도시: 주: 우편 번호: 자택 전화번호:

직장 전화번호: 내선번호: 휴대전화: 이메일: 이메일 종류:

제4항으로 가십시오

제4항 귀하의 비용에 대한 정보

범죄의 피해자를 위해, 다음의 혜택이 가능할 수 있습니다. 귀하께서 요청하시는 범죄 관련 비용을 확인해보시기 바랍니다. 모든 범죄 관련 청구서의 복사본 또는 목록을 첨부하시기 바랍니다.

- 의료 및 또는 치과 비용
- 정신 건강 치료
- 소득 상실 (범죄로 인해 근무를 빠지게 되었다면)
- 이사 또는 재배치 비용
- 주택 보안 개선
- 주택 또는 차량 개조 (범죄로 인해 장애를 가지게 된 피해자를 위한)
- 직업 재교육 (범죄로 인해 장애를 가지게 된 피해자를 위한)
- 범죄 현장 청소

기타 범죄 관련 비용(들):

범죄의 피해자 이외에 다른 사람을 위해, 아래의 혜택이 가능할 수 있습니다. 귀하께서 요청하시는 범죄 관련 비용을 확인해보시기 바랍니다. 모든 범죄 관련 청구서의 복사본 또는 목록을 첨부하시기 바랍니다.

- 폭력 범죄에 대한 미성년자 증인은 정신 건강 치료만 받을 자격이 있습니다. 제5항으로 가십시오.
- 정신 건강 치료
 - 급여 상실 (미성년자가 사망하거나 입원했을 경우 30일까지)
 - 생계 지원의 상실 (사망하거나 장애를 갖게 된 피해자의 부양가족을 위한)
 - 장례식 그리고/또는 매장 비용
 - 범죄 현장 청소
 - 주택 보안 개선
 - 사망한 피해자를 위한 의료 비용

남아있는 항으로 가십시오

긴급 배상금 요청:

긴급 배상금은 어떠한 특정 상황에서 요청될 수 있습니다. 긴급 배상금은 만약 범죄 관련 비용이 즉시 지급되지 않아 귀하께서 심각한 재정난에 시달리는 경우에 범죄 관련 비용을 지급하기 위한 것입니다. 상당한 곤란이라 함은 귀하께서 범죄 관련 청구서를 지불한 후 귀하께서 음식 또는 집세와 같은 생필품을 위한 돈을 전혀 가지고 있지 않은 것을 의미합니다. 일반적으로 긴급 배상금 자격이 되면 신청서 수령 후 역일 기준 30일 이내에 지급됩니다.

귀하께서는 긴급 배상금을 요청하실 필요가 있습니까? 네

제5항 범죄 정보

법 집행 기관의 이름
범죄가 신고되었던 법 집행 기관의 이름:

범죄 발생일(들)
에서(부터): 만약 하루라면, 여
기에 적어주
십시오

범죄 보고일: 범죄 신고 번호: 부상을 설명해주시시오:

범죄의 위치 (알고 있다면)
주소, 교차로, 지역 등: 주소 2 (아파트 또는 호수): 도시: 주: 우편 번호:

범죄 발생 국가:

범죄의 종류: 알고 있다면, 범죄를 저지른 사람 (용의자) 이름: 중간 이름: 성: 용의자 알 수 없음

제6항 대리인 정보 (대리인은 피해자 보상을 신청할 필요가 없습니다.)

이 항은 피해자 옹호자들과 변호사들을 포함한 대리인들만을 위한 항입니다. 피해자 지원 센터 옹호자들은 전화번호, 이름, 센터 번호, 서명, 날짜만 적어주시시오. 변호사들은 이 항을 완전히 기입해주시기 바랍니다. 만약 다른 사람이라면, 명시하여 주십시오

제 1항에 나열되어 있는 사람과 귀하의 관계를 나타내어주시시오:

이름: 중간 이름: 성: 전화번호: 내선번호

기관 이름: 우편 주소
거리 번호와 이름 또는 P.O. BOX: 주소 2 (아파트 또는 호수):

피해자 지원 센터 직원만 기재: 도시: 주: 우편 번호:

JP/VWC #:

변호사만 기재:

귀하께서는 정부 코드 섹션 13957.7(g)에 준하여 지급을 신청하고 있습니까? 세금 ID: 변호사협회 번호:

전화번호: EMAIL:

모든 대리인들은 서명하시고 날짜를 적어야 합니다

변호사/대리인의 서명: 날짜:

제7항 이 프로그램에 대해 어떻게 알게 되셨습니까?

법률 집행 지방 검사 의료 서비스 종사자 아동 보호 서비스

성인 보호 서비스 정신 건강 종사자 피해자 증인 지원 센터 매체 (TV, 라디오, 신문 등)

광고판 또는 포스터 카드 또는 소책자 기타:

제8항 연방 보고 정보

다음의 자발적 정보는 보상을 받는 사람을 위한 것이며 연방 규정에 따라 통계 목적으로만 사용됩니다.

인종/민족: 아프리카계 미국인 아시아인, 태평양의 섬 주민 히스패닉 백인 아메리칸 인디언 기타:

피해자가 장애인입니까? 피해자가 범죄 이전에 장애인이었습니까?

제9항 보험 정보

아래에 귀하의 보험 정보를 나열하여 주십시오. 캘리포니아 범죄 피해자 보상 프로그램 (CalVCP)은 마지막 지급 수단입니다. 저희는 잠재적 배상 출처인 귀하의 보험 회사에 연락할지도 모릅니다.

만약 귀하께서 보험을 가지고 있지 않다면, 여기에 체크해 주십시오:

건강 보험

메디칼 (Medi-Cal) 혜택 신분증 번호: 발행일:

건강 보험 회사 이름: 보험증권 번호: 그룹 번호: 전화번호: 내선번호:

우편 주소
거리 번호와 이름 또는 P.O. BOX: 주소 2 (아파트 또는 호수): 도시: 주: 우편 번호:

피보험자 이름
이름: 중간 이름: 성: 귀하께서는 이 범죄와 관련한 보험 청구서를 제출한 적이 있습니까?

자동차/차량 보험 (자동차, 트럭, 오토바이, 모터 홈, 보트, 제트 스키, 비행기 등을 포함.)

만약 그 범죄가 차로 보험자를 치이는 사고를 포함하여 차량과 관련되어 있다면 작성하십시오.

자동차 보험 회사 이름: 보험증권 번호: 전화번호: 내선번호:

우편 주소
거리 번호와 이름 또는 P.O. BOX: 주소 2 (아파트 또는 호수): 도시: 주: 우편 번호:

피보험자 이름
이름: 중간 이름: 성: 귀하께서는 이 범죄와 관련한 보험 청구서를 제출한 적이 있습니까?

기타 보험

귀하의 신청서에 적용될 수 있는 추가적인 보험 자료를 체크해 주십시오.

Medi-Cal Medicare Workers' Comp 기타:

귀하께서 한 개 이상의 보험 회사 보험을 가지고 있다면, 별도의 종이에 목록을 작성하여 귀하의 신청서와 함께 우편으로 보내주시기 바랍니다.

제10항 고용주 정보

피해자의 고용주를 열거해주시요?. 귀하께서 미성년자 피해자가 입원하거나 사망하여 급여 상실 혜택을 신청하는 부모/후견인이라면, 귀하의 고용주를 열거해주시요.

고용주의 사업 이름:	연락 가능한 사람 이름:	성:	전화번호:	내선번호	고용주에게 연락해도 됩니까?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

우편 주소 거리 번호와 이름 또는 P.O. BOX:	주소 2 (아파트 또는 호수):	도시:	주:	우편 번호:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

피해자는 자영업자이거나 이었습니까?

범죄 관련 부상으로 인하여 피해자가 근무를 빠지게 되었습니까?

피해자가 근무 중이거나 직장에 있을 때 범죄가 발생했습니까?

귀하께 한 명 이상의 고용주가 있다면, 별도의 종이에 목록을 작성하여 귀하의 신청서와 함께 우편으로 보내주시기 바랍니다.

제11항 민사 소송 정보

이 범죄와 관련한 민사 소송을 제출했거나 제출할 계획을 가지고 있습니까?

중요: 귀하께서 법에 따른 민사 소송을 제출하기로 결정하셨다면, 귀하께서는 소송을 제출하고 30일 이내에 CaIVCP에 통보할 필요가 있습니다.

변호사의 이름	이름:	중간 이름:	성:	전화번호:	내선번호
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

우편 주소 거리 번호와 이름 또는 P.O. BOX:	주소 2 (아파트 또는 호수):	도시:	주:	우편 번호:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

범죄 피해자 보상을 위한 귀하의 신청서가 거의 완료되었습니다

- ▶ 모든 유효한 정보를 작성하신 후에, 신청서를 출력하십시오.
- ▶ 범죄 피해자 보상을 위한 귀하의 신청서를 뒷받침할 범죄 관련 청구서, 보험의 복사본 또는 그밖에 범죄 관련한 것들을 포함하는 모든 서류들을 첨부하십시오. 귀하의 기록 보관용으로 원본을 남겨두십시오.
- ▶ 다음 장을 주의 깊게 읽으시고, 서명하고 날짜를 적으신 후 나와 있는 주소로 보내주시거나 귀하의 지역 피해자 증인 지원 센터 (Victim Witness Assistance Center) 로 송달해주시기 바랍니다.
- ▶ CaIVCP는 귀하의 신청서를 받았다는 것을 통지하는 서신을 귀하께 보낼 것입니다. 그 통지 서신은 귀하의 신청서에서 요청하신 혜택에 대한 추가적인 정보를 포함하고 있을 것입니다.
- ▶ 귀하께서 신청서에 제공하지 않은 정보가 있다면 CaIVCP의 대리인이 추가적인 정보를 위해 귀하께 연락을 드릴지도 모릅니다.
- ▶ 피해자 보상에 대해 궁금한 사항이 있으시면, 귀하의 지역 피해자 증인 지원 센터 (Victim Witness Assistance Center) 또는 캘리포니아 범죄 피해자 보상 프로그램 (CaIVCP), 1-800-777-9229 으로 연락주시기 바랍니다.

이 페이지에 반드시 서명하고 날짜를 기입하십시오

제12항 정보 공개

본인은 그 어떠한 의료 서비스 제공자; 의료 청구인, 장의사 또는 유사한 사람, 고용주, 경찰 또는 법무부, 사회보장국, 미국 캘리포니아 주 정부 세금 당국, 국제청을 포함하는 기타 정부 기관, 그리고 그 어떠한 보험회사; 또는 그 외 다른 사람이나 기관이 의료 기록 (병력 또는 신체 기록, 진찰 보고서, 병상 보고서, 퇴원 요약서, 수술 보고서, 엑스레이 또는 기타 방사선 보고서, 실험실 보고서, 차트 기록, 서술 보고서 그리고 청구서 기록과 같은 기록 하지만 여기에 국한되지 않은 기록들), 정신 건강, 중독 유죄 선고 기록을 포함하는 이 신청서와 관련된 정보를 CalVCP 혜택의 적격성을 결정하는 목적으로 캘리포니아 범죄 피해자 보상 프로그램 (CalVCP) 또는 그 대리인들에게? 제공하는 허가를 줍니다. 이 허가는 또한 건강 또는 의료 혜택, 실업 또는 장애 급여, 사회 보장 혜택 (사회 보장 장애, 보충적 소득 보장 및 또는 의료, 정신 건강 기록 지원을 포함하는 퇴직자 연금 제도) 그리고 제향 군인 혜택을 포함하는, 하지만 여기에 국한되지 않은 청구된 손실을 위한 회복의 모든 출처에 적용됩니다. 본인은 또한 소득을 확인하는 목적으로 납세 신고를 포함한 연방 및 주 세금 정보의 공개를 위한 허가를 줍니다. 본인은 본인의 청구에 대하여 CalVCP가 필요로 하는 그 어떤 정보에 대한 모든 법률 특권을 포기합니다.

본인은 이 서명한 양식서의 사본이나 팩스가 원본과 동일한 효력을 가진다는 것과 본인의 서명은 모든 구체적인 정보의 공개를 허가한다는 것에 동의합니다.

본인은 CalVCP나 그 대리인들이 이 문체에 있어 CalVCP가 본인에게 지급한 돈을 되찾기 위해 유죄를 선고 받은 가해자로부터 배상을 진행시킬 수도 있다는 것과 이 신청서를 제출함으로써 본인은 이 신청서에 있는 정보의 이용을 허가하였으며 차후에 유죄를 선고 받은 가해자로부터 배상을 진행시키기 위한 소송을 청구하는 것에 동의합니다.

이 신청서를 확인하고 진행시키기 위하여, 본인은 CalVCP 또는 그 대리인이 이 신청서에 대한 정보와 이 신청서에 포함된 정보를 이 신청서에 지명된 대리인, 정부 기관, 의료인 또는 다른 서비스 제공자들에게 제공할 수 있다는 것과 이들 서비스의 지급이 승인될 경우 제공자들에게 직접적으로 지급될 수 있다는 것에 동의합니다.

본인은 언제라도 이 승인을 철회할 수도 있다는 것에 동의합니다. 철회는 반드시 서면을 통해야 합니다. 철회는 CalVCP가 수령했을 때 효력을 발휘할 것이지만, 일단 CalVCP가 철회를 수령하면 본인은 CalVCP 혜택에 부적격하다고 여겨질 지도 모릅니다. 그러나, 그 어떠한 의료 서비스 제공자도 본인이 이 승인이 서명을 하는 것과 상관 없이 치료, 지급, 등록 또는 혜택의 적격성에 영향을 미칠 수 없습니다. 본인은 제한된 상황을 제외하고 이 승인의 사본을 받을 권리가 있습니다. 본인은 이 승인하에 기재된 정보가 법에 따라 수령인에 의해 공개되어질 수도 있다는 것과 이러한 공개가 연방 또는 주의 법에 의해 더 이상 보호되지 않을 수 있다는 것에 동의합니다.

본인은 여기에 있는 승인과 동의가 이 양식의 본인의 서명일로부터 10년 후에 무효가 된다는 것에 동의합니다.

서명:	날짜:
-----	-----

(피해자가 미성년자이거나 무능력자인 경우 부모와 후견인은 반드시 서명해야 합니다.)

제13항 캘리포니아 범죄 피해자 보상 프로그램에 대한 나의 동의

캘리포니아 법이 요구하는 대로, 만약 본인 또는 본인을 대신하는 그 어떤 사람이 가해자, 민사 소송, 보충 증권, 정부 기관 또는 민간기업으로부터 CalVCP로부터의 혜택 수령의 근본이 되는 범죄의 직접적 결과로서 겪은 손해의 명목으로 어떤 지급을 받은 경우, 본인은 캘리포니아 범죄 피해자 보상 프로그램 (CalVCP)에 연락하여 CalVCP로부터 받은 총 혜택의 금액을 CalVCP에 상환할 것입니다. 본인은 차후에 본인이 받은 자격이 없다고 결정되어지는 금액에 대하여 CalVCP에 상환할 책임이 있을 수도 있다는 것을 알고 있습니다. 만약 본인이 이 범죄에 관련된 어떠한 소송에 본인을 대표할 변호사를 고용하거나 본인 스스로 소송을 해 나갈 경우, 본인은 CalVCP에 통지할 것입니다.

CalVCP로부터 이사/재배치 비용, 주택 보안 개선, 장애를 갖게 된 피해자를 위한 주택 또는 차량 개조를 위해서 본인이 받은 그 어떠한 자금은 오직 그 목적을 위해서만 사용될 것입니다. 만약 본인이 이사/재배치 비용을 가장 내 폭력의 피해자라면, 본인은 가해자에게 본인의 주택 주소를 말하지 않을 것이며 가해자를 어느 때든 본인의 주택 내에 허락치 않을 것이며, 또한 가해자를 상대로 금지 명령을 청할 것입니다.

본인이 CalVCP로부터 어떤 금전상의 손실에 대한 보상을 받고, 캘리포니아 주가 차후에 다른 곳으로부터나 가해자로부터 나를 대신해 동일한 손실에 대한 보상을 받는 경우 (배상 명령을 통해 받은 그 어떤 금전을 포함하여), 본인은 피해자 보상과 정부 청구위원회가 그러한 중복의 보상 권리를 갖도록 여기에 지정합니다.

본인은 캘리포니아 주의 위증 형법에 입각하여 본인이 제공한 모든 정보가 진실되고 정확하며 본인의 지식과 신념의 최선을 다해 작성 완료되었다고 선언합니다. 본인은 만약 본인이 거짓되거나, 의도적으로 불완전한 허위 정보를 제공한다면 본인이 혜택에 부적격하다고 판명될 수도 있으며, 그러한 조치는 본인이 수령한 혜택을 다시 되돌리도록 취해질 수 있다는 것을 알고 있습니다.

서명:	날짜:
-----	-----

(부모와 후견인은 피해자가 미성년자이거나 무능력 상태라면 반드시 서명하셔야 합니다. 카운티 사회 복지자들은 제 13a 항을 참고하십시오.)

인쇄 이름:

제13a항 카운티 사회 복지사들만 기입

캘리포니아 법이 요구하는 대로, 본인은 만약 청구인이 가해자, 민사 소송, 보충 증권, 정부 기관 또는 민간기업으로부터 CalVCP로부터의 혜택 수령의 근본이 되는 범죄의 직접적 결과로서 겪은 손해의 명목으로 어떤 지급을 받았다는 것을 알게 되었다면, 본인은 캘리포니아 범죄 피해자 보상 프로그램 (CalVCP)에 연락하여 통지할 것입니다.

본인은 캘리포니아 주의 위증 형법에 입각하여 본인이 제공한 모든 정보가 진실되고 정확하며 본인의 지식과 신념의 최선을 다해 작성 완료되었다고 선언합니다. 본인은 만약 청구인이 거짓되거나, 의도적으로 불완전한 허위 정보를 제공한다면 청구인이 혜택에 부적격하다고 판명될 수도 있으며, 그러한 조치는 청구인이 수령한 혜택을 다시 되돌리도록 취해질 수 있다는 것을 알고 있습니다.

서명:	날짜:
-----	-----

인쇄 이름:

완료하신 신청서를 다음 주소로 발송하십시오:
California Victim Compensation Program
PO Box 3036, Sacramento, CA 95812-3036

또는:
 귀하의 지역 피해자 증인 지원 센터로 송달하십시오

더 자세한 정보를 위한 전화:

1-800-777-9229

청각 장애가 있으신 분은, 캘리포니아 중계 서비스 (711) 로 전화주시기 바랍니다.

calvcp.ca.gov 1965년 이래로 캘리포니아 범죄 피해자를 돕고 있습니다

개인 정보 수집에 대한 고지

1. VCGCB 는 캘리포니아 정부 규정 제 13952항 이하 참조 및 제 13954항에 의거하여 이 정보를 수집합니다.
2. 이 사이트로부터 수집된 모든 정보는 정보 관례법의 대상이나 이에 국한되지는 않습니다. <http://vcgcb.ca.gov/media/prs.aspx>참조.
3. 이 정보는 보상을 위한 적격성을 결정하는 목적으로 수집됩니다.
4. VCGCB 는 오직 법으로 요구를 받거나 선의를 위한 것일 때만, 귀하의 개인 정보를 다른 요청인에게 밝힐 수 있습니다. 그러한 행위는 다음을 하기 위해 필요합니다:
 - a. 법의 칙령에 따르거나 VCGCB 나 사이트에서 행해지는 법적 과정을 준수하기 위해;
 - b. VCGCB의 자산 또는 권리를 보호하고 변호하기 위해; 또한,
 - c. 긴급 상황 하에 공공이나 VCGCB 사용자의 개인 안전을 보호하는 행동을 하기 위해
5. 개인들은 오직 요청된 정보만 제공합니다.
6. 제공받은 정보는 법에 정해진 대로 따릅니다.
7. 요청받은 정보를 제공하지않는 결과는 귀하의 신청의 거절을 초래할 수도 있습니다.
8. 귀하께서는 귀하께서제공한 개인 정보가 포함되어 있는 기록에 접근할 수 있는 권리가 있습니다.
9. 수집된 정보는 캘리포니아 범죄 피해자 보상 프로그램 (CalVCP) 에 의해 사용됩니다.
10. 수집된 정보에 대해 궁금한 사항이 있으시면, 다음의 주소로 우편을 보내주시기 바랍니다: PO Box 48, Sacramento, CA 95812, 이메일: info@vcgcb.ca.gov, 전화번호: (800) 777-9229, 또는 VCGCB 개인 정보 관리자에게 문의: InfoSecurityandPrivacy@vcgcb.ca.gov
11. 개인 정보에 대한 추가적인 정보는 VCGCB 의 개인 정보 고지를 참조하시기 바랍니다 <http://vcgcb.ca.gov/privacy.aspx> 참조.
12. 소비자 정보의 보안에 대한 더 자세한 정보를 원하시면, <https://oag.ca.gov/privacy/online-privacy> 를 방문하시기 바랍니다.