

ਜੁਰਮ ਦੇ ਪੀੜਤ ਲਈ ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਵਾਸਤੇ ਅਰਜ਼ੀ

ਭਾਗ 1: ਦਾਅਵੇਦਾਰ

ਸਹਾਇਤਾ ਮੰਗ ਰਹੇ ਹਰੇਕ ਵਿਅਕਤੀ ਵਾਸਤੇ ਇੱਕ ਵੱਖਰੀ ਅਰਜ਼ੀ ਭਰੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।
ਸਾਰੇ ਬਿਨੈਕਾਰਾਂ ਲਈ ਭਾਗ 1 ਜ਼ਰੂਰ ਭਰਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਹੈ ਜਿਸ ਦੇ ਜੁਰਮ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵੱਜੋਂ
ਖਰਚੇ ਹੋਏ ਹਨ ਜਾਂ ਸਹਾਇਤਾ ਮੰਗ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਅਰਜ਼ੀ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵੱਲੋਂ ਭਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਾਗ
1 ਵਿੱਚ ਅਤੇ ਆਪਣੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਾਗ 3 ਵਿੱਚ ਭਰੋ।

ਬੋਲੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਤਰਜੀਹੀ ਭਾਸ਼ਾ

ਤਰਜੀਹੀ ਲਿਖਤੀ ਭਾਸ਼ਾ

ਨਾਮ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਮੰਗ ਮੰਗ

ਨਾਮ ਦਾ ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਹਿੱਸਾ

ਨਾਮ ਦਾ ਆਖਰੀ ਹਿੱਸਾ

ਲਿੰਗ

ਪੀੜਤ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ

ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ # (SSN)

ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ

ਕੋਈ SSN ਨਹੀਂ

ਡਾਕ ਪਤਾ

ਸੜਕ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਨਾਮ ਜਾਂ ਪੀ.ਓ. ਬਾਕਸ

ਜੁਰਮ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਹੁਣ ਤੱਕ, ਕੀ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨੂੰ ਜੇਲ ਵਿੱਚ, ਪਰਖ ਆਧੀਨ, ਪੈਰੋਲ
'ਤੇ ਜਾਂ ਰਿਹਾ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਵਿੱਚ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ ਹੈ?

ਕੀ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨੂੰ ਲਿੰਗੀ ਦੇਸ਼ੀ ਵੱਲੋਂ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤਾ
ਗਿਆ ਹੈ?

ਪਤਾ 2 (ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ ਜਾਂ ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ #)

ਸ਼ਹਿਰ

ਰਾਜ

ਜਿਪ

ਸੰਪਰਕ ਲਈ ਬਿਹਤਰੀਨ ਨੰਬਰ

ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ

ਈ-ਮੇਲ

ਈ-ਮੇਲ ਦੀ ਕਿਸਮ

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਹਿੰਸਕ ਜੁਰਮ ਦੇ ਨਾਬਾਲਗ ਗਵਾਹ ਵੱਲੋਂ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਹੋ ਤਾਂ ਇਸ ਖਾਨੇ ਵਿੱਚ ਸਹੀ ਲਗਾਓ। ਨਾਬਾਲਗ ਗਵਾਹ ਸਿਰਫ ਮਾਨਸਿਕ
ਸਿਹਤ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਯੋਗ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੀ ਉਮਰ 18 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ, ਉਹ ਹਿੰਸਕ ਜੁਰਮ ਦਾ ਬਹੁਤ ਨੇੜੇ ਦਾ ਗਵਾਹ ਹੈ, ਪਰ ਨਾ ਤਾਂ ਜੁਰਮ ਦਾ
ਪੀੜਤ ਹੈ ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਪੀੜਤ ਦਾ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਹੈ। ਬਾਕੀ ਦੇ ਭਾਗਾਂ ਵਿੱਚ ਪੀੜਤ, ਜੁਰਮ ਜਾਂ ਹੋਰ ਉਪਲਬਧ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰੋ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਬਾਲਗ ਪੀੜਤ ਹੋ ਅਤੇ ਖਰਚੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਹਨ, ਤਾਂ
ਸਿੱਧਾ ਭਾਗ 4 'ਤੇ ਜਾਓ।
ਜੇ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਭਾਗ 2 'ਤੇ ਜਾਰੀ ਰੱਖੋ।

ਭਾਗ 2: ਜੁਰਮ ਦਾ ਪੀੜਤ

ਜੁਰਮ ਦਾ ਪੀੜਤ ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਸੱਟ ਲੱਗੀ ਸੀ, ਸੱਟ ਦੇ ਨਾਲ ਧਮਕੀ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਸੀ, ਜਾਂ ਜੁਰਮ ਦੇ ਕਾਰਨ ਜਿਸਦੀ ਮੌਤ ਹੋ ਗਈ ਸੀ।

ਨਾਮ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਮੰਗ ਮੰਗ

ਨਾਮ ਦਾ ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਹਿੱਸਾ

ਨਾਮ ਦਾ ਆਖਰੀ ਹਿੱਸਾ

ਲਿੰਗ

ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ # (SSN)

ਕੋਈ SSN ਨਹੀਂ

ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ

ਜੇ ਪੀੜਤ ਦੀ ਮੌਤ ਹੋ ਗਈ ਹੈ, ਤਾਂ ਮੌਤ ਦੀ ਮਿਤੀ

ਡਾਕ ਪਤਾ

ਸੜਕ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਨਾਮ ਜਾਂ ਪੀਓ ਬਾਕਸ

ਜੁਰਮ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਹੁਣ ਤੱਕ, ਕੀ ਪੀੜਤ ਨੂੰ ਜੇਲ ਵਿੱਚ, ਪਰਖ ਆਧੀਨ, ਪੈਰੋਲ ਤੇ
ਜਾਂ ਰਿਹਾ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਵਿੱਚ ਰਹੇ ਹੋ?

ਕੀ ਪੀੜਤ ਨੂੰ ਲਿੰਗੀ ਦੇਸ਼ੀ ਦੇ ਤੌਰ ਤੇ ਸੂਚੀਬੱਧ ਹੋਣ
ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?

ਪਤਾ 2 (ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ ਜਾਂ ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ #)

ਸ਼ਹਿਰ

ਰਾਜ

ਜਿਪ

ਸੰਪਰਕ ਲਈ ਬਿਹਤਰੀਨ ਨੰਬਰ

ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ

ਈ-ਮੇਲ

ਈ-ਮੇਲ ਦੀ ਕਿਸਮ

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਅਰਜ਼ੀ ਕਿਸੇ ਨਾਬਾਲਗ ਜਾਂ ਅਸਮਰਥ ਬਾਲਗ ਦੇ ਵੱਲੋਂ ਭਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਗ 3 'ਤੇ ਜਾਰੀ ਰੱਖੋ।
ਜੇ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਭਾਗ 4 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਭਾਗ 3: ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਸਰਪ੍ਰਸਤ (ਬਿਨਕਾਰ)

ਇਹ ਭਾਗ 1 ਵਿੱਚ ਨਾਬਾਲਗਾਂ ਜਾਂ ਅਸਮਰਥ ਬਾਲਗਾਂ ਦੇ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਸਰਪ੍ਰਸਤਾਂ ਲਈ ਹੈ।

ਬੋਲੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਤਰਜੀਹੀ ਭਾਸ਼ਾ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਭਾਗ 1 ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਨਾਲ ਆਪਣਾ ਰਿਸ਼ਤਾ ਦੱਸੋ:

ਤਰਜੀਹੀ ਲਿਖਤੀ ਭਾਸ਼ਾ

ਨਾਮ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਮੰਗ ਮੰਗ

ਨਾਮ ਦਾ ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਹਿੱਸਾ

ਨਾਮ ਦਾ ਆਖਰੀ ਹਿੱਸਾ

ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ

ਲਿੰਗ

ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ #

ਕੋਈ SSN ਨਹੀਂ

ਡਾਕ ਪਤਾ

ਸੜਕ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਨਾਮ ਜਾਂ ਪੀਓ ਬਾਕਸ

ਜੁਰਮ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਹੁਣ ਤੱਕ, ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜੇਲ੍ਹ ਵਿੱਚ, ਪਰਖ ਅਧੀਨ, ਪੈਰੋਲ ਤੇ ਜਾਂ ਰਿਹਾ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਵਿੱਚ ਰਹੇ ਹੋ?

ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਿੰਗੀ ਦੋਸ਼ੀ ਦੇ ਤੌਰ ਤੇ ਸੂਚੀਬੱਧ ਹੋਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?

ਪਤਾ 2 (ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ ਜਾਂ ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ #)

ਸ਼ਹਿਰ

ਰਾਜ

ਜਿਲਾ

ਸੰਪਰਕ ਲਈ ਬਿਹਤਰੀਨ ਨੰਬਰ

ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ

ਈ-ਮੇਲ

ਈ-ਮੇਲ ਦੀ ਕਿਸਮ

ਭਾਗ 4 'ਤੇ ਜਾਰੀ ਰੱਖੋ

ਭਾਗ 4: ਤੁਹਾਡੇ ਖਰਚਿਆਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਜੁਰਮ ਦੇ ਪੀੜਤਾਂ ਲਈ, ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਬੈਨਿਫਿਟ ਉਪਲਬਧ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਜੁਰਮ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਖਰਚਿਆਂ 'ਤੇ ਸਹੀ ਲਗਾਓ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਜੁਰਮ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਕਿਸੇ ਵੀ ਬਿਲਾਂ ਦੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ, ਜਾਂ ਸੂਚੀਆਂ ਨੱਥੀ ਕਰੋ।

ਮੈਡੀਕਲ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਡੈਂਟਲ ਖਰਚੇ

ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਇਲਾਜ

ਆਮਦਨੀ ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ (ਜੇ ਜੁਰਮ ਕਰਕੇ ਤੁਸੀਂ ਕੰਮ 'ਤੇ ਨਹੀਂ ਜਾ ਸਕੇ)

ਜਗ੍ਹਾ ਬਦਲਣ ਜਾਂ ਨਵੀਂ ਜਗ੍ਹਾ 'ਤੇ ਜਾਣ ਦੇ ਖਰਚੇ

ਘਰ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ

ਘਰ ਜਾਂ ਵਾਹਨ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ (ਜੁਰਮ ਕਾਰਨ ਅਸਮਰਥ ਬਣ ਗਏ ਪੀੜਤਾਂ ਲਈ)

ਨੋਕਰੀ ਲਈ ਮੁੜ ਸਿਖਲਾਈ (ਜੁਰਮ ਕਾਰਨ ਅਸਮਰਥ ਬਣ ਗਏ ਪੀੜਤਾਂ ਲਈ)

ਜੁਰਮ ਦੀ ਜਗ੍ਹਾ ਦੀ ਸਫਾਈ

ਮਾਈਲੇਜ ਭਰਪਾਈ ਜਾਂ ਸਫਰ ਦੀਆਂ ਲਾਗਤਾਂ

ਜੁਰਮ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਹੋਰ ਖਰਚਾ(ਖਰਚੇ)

ਜੁਰਮ ਦੇ ਪੀੜਤਾ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ, ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਬੈਨਿਫਿਟ ਉਪਲਬਧ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਜੁਰਮ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਖਰਚਿਆਂ 'ਤੇ ਸਹੀ ਲਗਾਓ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਜੁਰਮ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਕਿਸੇ ਵੀ ਬਿਲਾਂ ਦੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ, ਜਾਂ ਸੂਚੀਆਂ ਨੱਥੀ ਕਰੋ।

ਰਿਸ਼ਕ ਜੁਰਮ ਦੇ ਨਾਬਾਲਗ ਗਵਾਹਾਂ ਲਈ, ਸਿਰਫ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਦੇ ਬੈਨਿਫਿਟ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਭਾਗ 5 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਇਲਾਜ

ਉਜਰਤ ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ (30 ਦਿਨਾਂ ਤਕ ਜੇ ਨਾਬਾਲਗ ਦੀ ਮੌਤ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ)

ਸਹਾਇਤਾ ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ (ਮਰ ਗਏ ਜਾਂ ਅਸਮਰਥ ਹੋ ਗਏ ਪੀੜਤਾਂ ਦੇ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ)

ਦਾਹ ਸੰਸਕਾਰ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਦਫ਼ਨਾਉਣ ਦੇ ਖਰਚੇ

ਜੁਰਮ ਦੀ ਜਗ੍ਹਾ ਦੀ ਸਫਾਈ

ਘਰ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ

ਮ੍ਰਿਤਕ ਪੀੜਤ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਖਰਚੇ

ਸੰਕਟਕਾਲੀ ਅਵਾਰਡ ਦੀ ਬੇਨਤੀ

ਕੁਝ ਖਾਸ ਸਥਿਤੀਆਂ ਵਿੱਚ ਸੰਕਟਕਾਲੀ ਅਵਾਰਡ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਸੰਕਟਕਾਲੀ ਅਵਾਰਡ ਉਹਨਾਂ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਜੁਰਮ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਖਰਚਿਆਂ ਲਈ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ, ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜੁਰਮ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਖਰਚਿਆਂ ਦਾ ਤੁਰੰਤ ਭੁਗਤਾਨ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਗੰਭੀਰ ਵਿੱਤੀ ਮੁਸ਼ਕਲਾਂ ਦਾ ਸਾਹਮਣਾ ਕਰਨਾ ਪੈ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕਾਫੀ ਮੁਸ਼ਕਲ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਜੁਰਮ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਬਿਲਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਦੇ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਭੋਜਨ ਜਾਂ ਕਿਰਾਏ ਵਰਗੀਆਂ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਪੈਸਾ ਨਹੀਂ ਬਚੇਗਾ। ਯੋਗ ਸੰਕਟਕਾਲੀ ਅਵਾਰਡ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਰਜ਼ੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਦੇ 30 ਕਲੰਡਰ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਮੈਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਅਵਾਰਡ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹਾਂ

ਸਟੇਟ ਆਫ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ

ਵਕਿਟਮਿ ਕੰਪਨੇਸ਼ਨ ਬੋਰਡ

ਫਾਰਮ VCGCB-VCP-005 (Rev. 5/2017) [PUN]

ਪੰਨਾ 2 ਕੁੱਲ 7

ਭਾਗ 5: ਜੁਰਮ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਕਾਨੂੰਨ ਲਾਗੂਕਰਨ ਏਜੰਸੀ ਦਾ ਨਾਮ	ਜੁਰਮ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ(ਆਂ)	
ਕਾਨੂੰਨ ਲਾਗੂਕਰਨ ਏਜੰਸੀ ਦਾ ਨਾਮ ਜਿਸ ਨੂੰ ਜੁਰਮ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ	ਵੱਲੋਂ	ਵੱਲੋਂ
ਜੁਰਮ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ	ਜੁਰਮ ਰਿਪੋਰਟ ਨੰਬਰ	ਸੱਟਾਂ ਦਾ ਵਰਣਨ ਕਰੋ
ਜੁਰਮ ਦਾ ਸਥਾਨ (ਜੇ ਪਤਾ ਹੋਵੇ)	ਵਿਅਕਤੀ ਜਿਸਨੇ ਜੁਰਮ ਕੀਤਾ (ਸ਼ੱਕੀ ਵਿਅਕਤੀ), ਜੇ ਪਤਾ ਹੋਵੇ	ਸ਼ੱਕੀ ਵਿਅਕਤੀ ਬਾਰੇ ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਹੈ
ਪਤਾ, ਚੈੱਕ, ਇਲਾਕਾ, ਆਦਿ	ਨਾਮ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਮੰਗ ਮੰਗ	ਨਾਮ ਦਾ ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਹਿੱਸਾ
ਪਤਾ 2 (ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ ਜਾਂ ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ #)	ਸ਼ਹਿਰ	ਰਾਜ
	ਜਿਲ੍ਹਾ	ਕਾਉਂਟੀ ਜਿੱਥੇ ਜੁਰਮ ਹੋਇਆ
		ਜੁਰਮ ਦੀ ਕਿਸਮ

ਭਾਗ 6: ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਪੀੜਤ ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਵਾਸਤੇ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਲਈ ਕਿਸੇ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ।)

ਇਹ ਭਾਗ ਸਿਰਫ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀਆਂ ਲਈ ਹੈ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਪੀੜਤ ਦੇ ਵਕੀਲ ਅਤੇ ਅਟਾਰਨੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਵਿਕਟਿਮ ਅਸਿਸਟੈਂਸ ਸੈਂਟਰ ਦੇ ਵਕੀਲਾਂ ਨੂੰ ਸਿਰਫ ਫੋਨ, ਨਾਮ ਅਤੇ ਸੈਂਟਰ # ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ ਮਿਤੀ ਪਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਅਟਾਰਨੀਓ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਭਾਗ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਭਰੋ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਭਾਗ 1 ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਨਾਲ ਆਪਣਾ ਰਿਸ਼ਤਾ ਦੱਸੋ:	ਕੋਈ ਹੋਰ	
ਨਾਮ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਮੰਗ ਮੰਗ	ਨਾਮ ਦਾ ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਹਿੱਸਾ	ਨਾਮ ਦਾ ਆਖਰੀ ਹਿੱਸਾ
ਸੰਗਠਨ ਦਾ ਨਾਮ	ਡਾਕ ਪਤਾ	ਪਤਾ 2 (ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ ਜਾਂ ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ #)
	ਸੜਕ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਨਾਮ ਜਾਂ ਪੀਓ ਬਾਕਸ	
		ਟੈਲੀਫੋਨ
		ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ
		ਸਟੇਟ ਬਾਰ #
		ਈ-ਮੇਲ
ਸਿਰਫ ਵਿਕਟਿਮ ਅਸਿਸਟੈਂਸ ਸੈਂਟਰ ਦੇ ਸਟਾਫ ਲਈ		
JP/VWC ਨੰਬਰ	ਸ਼ਹਿਰ	ਰਾਜ
		ਜਿਲ੍ਹਾ

ਸਿਰਫ ਅਟਾਰਨੀਆਂ ਲਈ

ਮੈਂ ਸਰਕਾਰੀ ਕੋਡ ਸੈਕਸ਼ਨ 13957.7 (g) ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਭੁਗਤਾਨ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹਾਂ।	ਟੈਕਸ ਆਈਡੀ	ਸਟੇਟ ਬਾਰ #
	ਟੈਲੀਫੋਨ	ਈ-ਮੇਲ

ਸਾਰੇ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀਆਂ ਲਈ ਦਸਤਖਤ ਅਤੇ ਮਿਤੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ

ਪ੍ਰਤਿਨਿਧ ਦੇ ਦਸਤਖਤ	ਤਾਰੀਖ
-------------------	-------

ਭਾਗ 7: ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੋਰਡ ਬਾਰੇ ਕਿਵੇਂ ਪਤਾ ਲਗਾ?

ਕਾਨੂੰਨ ਲਾਗੂਕਰਨ	ਡਿਸਟ੍ਰਿਕਟ ਅਟਾਰਨੀ	ਡਾਕਟਰੀ ਪ੍ਰਦਾਤਾ	ਬੱਚਿਆਂ ਦੀਆਂ ਰੱਖਿਆ ਸੇਵਾਵਾਂ
ਬਾਲਗ ਰੱਖਿਆ ਸੇਵਾਵਾਂ	ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਦਾਤਾ	ਵਿਕਟਿਮ ਵਿਟਨੇਸ ਅਸਿਸਟੈਂਸ ਸੈਂਟਰ (ਪੀੜਤ ਗਵਾਹ ਸਹਾਇਤਾ ਕੇਂਦਰ)	ਮੀਡੀਆ (ਟੀਵੀ, ਰੇਡੀਓ, ਅਖਬਾਰ, ਆਦਿ)
ਬਿਲਬੋਰਡ ਜਾਂ ਪੋਸਟਰ	ਕਾਰਡ ਜਾਂ ਕਿਤਾਬਚਾ	ਕੋਈ ਹੋਰ	

ਭਾਗ 8: ਸਾਥੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਸਵੈ-ਇੱਛੁਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਆਵਜ਼ਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਸਿਰਫ ਸਾਥੀ ਵਿਨਿਯਮਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨ ਲਈ ਅੰਕਿਤਿਆਂ ਸਬੰਧੀ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਵਰਤਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਨਸਲ	ਅਮਰੀਕੀ ਇੰਡੀਅਨ/ ਅਲਾਸਕਾ ਦਾ ਮੂਲ ਨਿਵਾਸੀ	ਏਸ਼ੀਅਨ	ਕਾਲੇ/ਅਫਰੀਕੀ ਅਮਰੀਕੀ	ਹਿਸਪੈਨਿਕ ਜਾਂ ਲਾਤੀਨ	ਮੂਲ ਹਵਾਈਅਨ ਅਤੇ ਹੋਰ ਪੈਸੀਫਿਕ ਦੀਪ ਦੇ ਵਾਸੀ	ਗੇਰੇ ਗੈਰ-ਲਾਤੀਨ / ਕਾਕੇਸ਼ੀਅਨ
			ਹੋਰ ਨਸਲ	ਬਹੁ ਨਸਲਾਂ	ਦੱਸਣ ਤੋਂ ਮਨ੍ਹਾਂ ਕੀਤਾ	ਕੋਈ ਹੋਰ

ਕੀ ਪੀੜਤ ਅਸਮਰਥ ਹੈ?

ਕੀ ਪੀੜਤ ਜੁਰਮ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅਸਮਰਥ ਸੀ?

ਭਾਗ 9: ਬੀਮੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਆਪਣੀ ਬੀਮਾ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ। ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਪੀੜਤਾਂ ਲਈ ਮੁਆਵਜ਼ਾ ਬੋਰਡ (CalVCB) ਆਖਰੀ ਚਾਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਭਰਪਾਈ ਦੇ ਸੰਭਾਵੀ ਸਰੋਤ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।

ਮੇਰਾ ਕਿਸੇ ਕਿਸਮ ਦਾ ਬੀਮਾ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ

Medi-Cal ਬੈਨਿਫਿਟ ਪਛਾਣ ਕਾਰਡ ਨੰਬਰ

ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ

ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਮ

ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ

ਗਰੁਪ ਨੰਬਰ

ਟੈਲੀਫੋਨ

ਐਕਸਟੈਨਸ਼ਨ

ਡਾਕ ਪਤਾ

ਸੜਕ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਨਾਮ ਜਾਂ ਪੀਓ ਬਾਕਸ

ਪਤਾ 2 (ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ ਜਾਂ ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ #)

ਸਹਿਰ

ਰਾਜ

ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ

ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ

ਨਾਮ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਮੰਗ ਮੰਗ

ਨਾਮ ਦਾ ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਹਿੱਸਾ

ਨਾਮ ਦਾ ਆਖਰੀ ਹਿੱਸਾ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਜੁਰਮ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਬੀਮਾ ਦਾਅਵਾ ਭਰਿਆ ਹੈ?

ਆਟੋ/ਵਾਹਨ ਬੀਮਾ (ਇਸ ਵਿੱਚ ਕਾਰ, ਟਰੱਕ, ਮੋਟਰਸਾਈਕਲ, ਮੋਟਰਹੋਮ, ਕਿਸਤੀ, ਜੈਟ ਸਕੀ, ਹਵਾਈ ਜਹਾਜ਼, ਆਦਿ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।)

ਜੇਕਰ ਅਪਰਾਧ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵਾਹਨ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵਾਹਨ ਨਾਲ ਪੈਦਲ ਯਾਤਰੀ ਦੀ ਟੱਕਰ ਹੋਈ ਹੈ ਤਾਂ ਪੂਰਾ ਕਰੋ।

ਵਾਹਨ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਮ

ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ

ਟੈਲੀਫੋਨ

ਐਕਸਟੈਨਸ਼ਨ

ਡਾਕ ਪਤਾ

ਸੜਕ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਨਾਮ ਜਾਂ ਪੀਓ ਬਾਕਸ

ਪਤਾ 2 (ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ ਜਾਂ ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ #)

ਸਹਿਰ

ਰਾਜ

ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ

ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ

ਨਾਮ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਮੰਗ ਮੰਗ

ਨਾਮ ਦਾ ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਹਿੱਸਾ

ਨਾਮ ਦਾ ਆਖਰੀ ਹਿੱਸਾ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਜੁਰਮ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਬੀਮਾ ਦਾਅਵਾ ਭਰਿਆ ਹੈ?

ਹੋਰ ਬੀਮਾ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਹਨਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਾਧੂ ਬੀਮਾ ਸਰੋਤਾਂ 'ਤੇ ਸਹੀ ਲਗਾਓ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ।

Medi-Cal

Medicare

Workers' Comp

ਕੋਈ ਹੋਰ

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਕਾਗਜ਼ ਦੀ ਵੱਖਰੀ ਸੀਟ 'ਤੇ ਦਿਓ ਅਤੇ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ

ਭਾਗ 10: ਦਾਤਾ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪੀੜਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦੱਸੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਭਰਤੀ ਹੋਏ ਜਾਂ ਮਰ ਗਏ ਨਾਬਾਲਗ ਪੀੜਤ ਦੇ ਕਾਰਨ ਹੋਇਆ ਉਜਰਤ ਵਿੱਚ ਨੁਕਸਾਨ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਰਹੇ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਹੋ ਤਾਂ ਆਪਣਾ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦੱਸੋ।

ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦੇ ਕਾਰੋਬਾਰ ਦਾ ਨਾਮ	ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਮ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਮੰਗ ਮੰਗ	ਨਾਮ ਦਾ ਆਖਰੀ ਹਿੱਸਾ	ਟੈਲੀਫੋਨ	ਐਕਸਟੈਨਸ਼ਨ	ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਠੀਕ ਹੈ? ਠੀਕ ਹੈ?
ਡਾਕ ਪਤਾ					
ਸੜਕ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਨਾਮ ਜਾਂ ਪੀਓ ਬਾਕਸ	ਪਤਾ 2 (ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ ਜਾਂ ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ #)	ਸਹਿਰ	ਰਾਜ	ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ	

ਕੀ ਪੀੜਤ ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਵਿੱਚ ਹੈ ਜਾਂ ਸੀ?

ਕੀ ਜੁਰਮ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਸੱਟਾਂ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵੱਜੋਂ ਪੀੜਤ ਕੰਮ 'ਤੇ ਨਹੀਂ ਜਾ ਸਕਿਆ?

ਕੀ ਜੁਰਮ ਉਸ ਵੇਲੇ ਹੋਇਆ ਜਦੋਂ ਪੀੜਤ ਕੰਮ ਕਰ ਰਿਹਾ ਸੀ ਜਾਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੇ ਸਥਾਨ 'ਤੇ ਸੀ?

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਹਨ,
 ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਕਾਗਜ਼ ਦੀ ਵੱਖਰੀ ਸ਼ੀਟ 'ਤੇ ਦਿਓ ਅਤੇ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਨਾਲ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੋ।

ਭਾਗ 11: ਦਿਵਾਨੀ ਮੁਕੱਦਮੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਕੇ ਤੁਸੀਂ ਦਿਵਾਨੀ ਮੁਕੱਦਮਾ ਦਾਇਰ ਕਰਨ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਾਨੂੰਨ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੁਕੱਦਮਾ ਦਾਇਰ ਕਰਨ ਦੇ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ CalVCB ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਜੁਰਮ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ ਦਿਵਾਨੀ ਮੁਕੱਦਮਾ ਦਾਇਰ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਰਨ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਹੈ?

ਵਕੀਲ ਦਾ ਨਾਮ	ਨਾਮ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਮੰਗ ਮੰਗ	ਨਾਮ ਦਾ ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਹਿੱਸਾ	ਨਾਮ ਦਾ ਆਖਰੀ ਹਿੱਸਾ	ਟੈਲੀਫੋਨ	ਐਕਸਟੈਨਸ਼ਨ
ਡਾਕ ਪਤਾ					
ਸੜਕ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਨਾਮ ਜਾਂ ਪੀਓ ਬਾਕਸ	ਪਤਾ 2 (ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ ਜਾਂ ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ #)	ਸਹਿਰ	ਰਾਜ	ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ	

ਜੁਰਮ ਦੇ ਪੀੜਤ ਲਈ ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਵਾਸਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਲਗਭਗ ਪੂਰੀ ਹੋ ਗਈ ਹੈ

- ਸਾਰੀ ਉਪਲਬਧ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰਨ ਦੇ ਬਾਅਦ, ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ।
- ਉਹਨਾਂ ਕਿਸੇ ਦੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ ਨੱਥੀ ਕਰੋ ਜੋ ਜੁਰਮ ਦੇ ਪੀੜਤ ਲਈ ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਵਾਸਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦਾ ਸਮਰਥ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਜੁਰਮ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਬਿਲਾਂ, ਬੀਮਾ, ਜਾਂ ਜੁਰਮ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਕਿਸੇ ਵੀ ਚੀਜ਼ ਦੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਲਈ ਅਸਲ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਸੰਭਾਲ ਕੇ ਰੱਖੋ।
- ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਅਗਲਾ ਪੰਨਾ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹੋ, ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ ਮਿਤੀ ਪਾਓ, ਅਤੇ ਦੱਸੋ ਗਏ ਪਤੇ 'ਤੇ ਭੇਜ ਦਿਓ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਸਥਾਨਕ ਵਿਕਟਿਮ ਵਿਟਨੈਸ ਅਸਿਸਟੈਂਸ ਸੈਂਟਰ ਵਿਖੇ ਦੇ ਦਿਓ।
- CalVCB ਇਹ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਚਿੱਠੀ ਭੇਜੇਗੀ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋ ਗਈ ਹੈ। ਮਿਲਣ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਚਿੱਠੀ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੇ ਗਏ ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੋਵੇਗੀ।
- ਇੱਕ CalVCB ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਵਾਧੂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਹੀਂ ਦੇ ਸਕੇ ਸੀ।
- ਪੀੜਤ ਲਈ ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਬਾਰੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਂ ਲਈ, ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਸਥਾਨਕ ਵਿਕਟਿਮ ਵਿਟਨੈਸ ਅਸਿਸਟੈਂਸ ਸੈਂਟਰ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ CalVCB ਨੂੰ 1-800-777-9229 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਇਸ ਪੰਨੇ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ ਮਿਤੀ ਪਾਉਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ

ਭਾਗ 12: ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ

ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ; ਕਿਸੇ ਵੀ ਡਾਕਟਰੀ ਬਿਲ ਦੇਣ ਵਾਲੇ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਫਿਊਨਰਲ ਡਾਇਰੈਕਟਰ ਜਾਂ ਮਿਲਦੇ-ਜੁਲਦੇ ਵਿਅਕਤੀ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਪੁਲਿਸ ਜਾਂ ਹੋਰ ਸਰਕਾਰੀ ਏਜੰਸੀ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ ਜਸਟਿਸ, ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ ਐਂਡ ਮਿਨਿਸਟ੍ਰੀਜ਼, ਸਟੇਟ ਫ੍ਰੈਂਚਾਇਜ਼ੀ ਟੈਕਸ ਬੋਰਡ, ਅਤੇ ਫੈਡਰਲ ਇਨਟਰਨਲ ਰੇਵਿਨਿਊ ਏਜੰਸੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ; ਕਿਸੇ ਵੀ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ; ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਏਜੰਸੀ ਨੂੰ, ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਡਾਕਟਰੀ (ਇਤਿਹਾਸ ਜਾਂ ਭੌਤਿਕ ਰਿਕਾਰਡ, ਵਿਚਾਰ-ਵਾਂਦਾਦਾਰ ਰਿਪੋਰਟਾਂ, ਪੈਥੋਲੋਜੀ ਰਿਪੋਰਟਾਂ, ਡਿਸਚਾਰਜ ਸਮੀਖਿਆ, ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀਆਂ ਰਿਪੋਰਟਾਂ, ਐਕਸ-ਰੇ ਅਤੇ ਹੋਰ ਰੇਡੀਓਲੋਜੀ ਰਿਪੋਰਟਾਂ, ਲੈਬਰਟਰੀ ਰਿਪੋਰਟਾਂ, ਚਾਰਟ ਨੋਟ, ਵਰਣਾਤਮਕ ਰਿਪੋਰਟਾਂ, ਅਤੇ ਬਿਲਿੰਗ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਸਮੇਤ ਪਰ ਇਹਨਾਂ ਤਕ ਸੀ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ), ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ, ਅਤੇ ਗੰਭੀਰ ਅਪਰਾਧ ਦਾ ਦੋਸ਼ੀ ਪਾਏ ਜਾਣ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਪੀੜਤਾਂ ਲਈ ਮੁਆਵਜ਼ਾ ਬੋਰਡ (CalVCB) ਜਾਂ ਇਸਦੇ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀਆਂ ਨੂੰ, CalVCB ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਨਿਰਧਾਰਨ ਕਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਨਾਲ, ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ। ਇਹ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਾਅਵਾ ਕੀਤੇ ਗਏ ਨੁਕਸਾਨਾਂ ਨੂੰ ਮੁੜ-ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ ਸਾਰੇ ਸਰੋਤਾਂ 'ਤੇ ਵੀ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰੀ ਬੈਨਿਫਿਟ, ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ ਜਾਂ ਅਸਮਰਥਤਾ ਬੈਨਿਫਿਟ, ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ ਬੈਨਿਫਿਟ (ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ ਅਸਮਰਥਤਾ, ਸਪਲੀਮੈਂਟਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ ਆਮਦਨੀ, ਅਤੇ/ਜਾਂ ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ, ਸਮਰਥਨ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰੀ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ), ਅਤੇ ਸਾਬਕਾ ਫੌਜੀਆਂ ਦੇ ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਸਮੇਤ, ਇਹਨਾਂ ਤਕ ਹੀ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ ਹਨ। ਮੈਂ ਆਮਦਨੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ, ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨਾਂ ਸਮੇਤ, ਸੰਖੀ ਜਾਂ ਰਾਜ ਸਬੰਧੀ ਟੈਕਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਹਰ ਕਰਨ ਦੀ ਵੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਇਸ ਦੁਆਰਾ ਮੇਰੇ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ CalVCB ਦੁਆਰਾ ਲੋੜੀਂਦੀ ਇਸ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ 'ਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਾਨੂੰਨੀ ਹੱਕਾਂ ਨੂੰ ਛੱਡਦਾ/ਛੱਡਦੀ ਹਾਂ।

ਮੈਂ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਦਸਤਖਤ ਕਿਤੇ ਫਾਰਮ ਦੀ ਫੋਟੋਕੋਪੀ ਜਾਂ ਫੈਕਸ ਵੀ ਮੂਲ ਫਾਰਮ ਦੇ ਬਰਾਬਰ ਜਾਇਜ਼ ਹੈ, ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਦਸਤਖਤ ਦੱਸੀ ਗਈ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਜਾਹਰ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦੇ ਹਨ।
 ਮੈਂ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ CalVCB ਜਾਂ ਇਸਦੇ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ CalVCB ਦੁਆਰਾ ਮੈਨੂੰ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੇ ਗਏ ਪੈਸਿਆਂ ਨੂੰ ਮੁੜ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਇਸ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਦੋਸ਼ੀ ਪਾਏ ਗਏ ਅਪਰਾਧੀਆਂ ਤੋਂ ਧਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਇਹ ਅਰਜ਼ੀ ਭਰ ਕੇ ਮੈਂ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਅਤੇ ਇਸਦੇ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ CalVCB ਦੁਆਰਾ ਮੈਨੂੰ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੇ ਗਏ ਪੈਸਿਆਂ ਨੂੰ ਮੁੜ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਇਸ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਦੋਸ਼ੀ ਪਾਏ ਗਏ ਅਪਰਾਧੀਆਂ ਤੋਂ ਧਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਇਹ ਅਰਜ਼ੀ ਭਰ ਕੇ ਮੈਂ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਅਤੇ ਇਸਦੇ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ CalVCB ਦੁਆਰਾ ਮੈਨੂੰ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੇ ਗਏ ਪੈਸਿਆਂ ਨੂੰ ਮੁੜ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਇਸ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਦੋਸ਼ੀ ਪਾਏ ਗਏ ਅਪਰਾਧੀਆਂ ਤੋਂ ਧਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਅਤੇ ਇਸ 'ਤੇ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕਰਨ ਲਈ, ਮੈਂ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ CalVCB ਜਾਂ ਇਸਦੇ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ, ਅਤੇ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਕਿਸੇ ਵੀ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ, ਸਰਕਾਰੀ ਏਜੰਸੀ, ਜਾਂ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਜੇ ਇਹਨਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਨੂੰ ਪ੍ਰਦਾਨਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਮੈਂ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਰੱਦ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ। ਰੱਦ ਲਾਜ਼ਮੀ ਤੌਰ ਤੇ ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਰੱਦੀਕਰਨ ਉਦੋਂ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ ਜਦੋਂ CalVCB ਨੂੰ ਇਹ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਜਦੋਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ CalVCB ਨੂੰ ਰੱਦੀਕਰਨ ਮਿਲਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੈਨੂੰ CalVCB ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਲਈ ਅਯੋਗ ਸਮਝਿਆ ਜਾਵੇ। ਪਰ, ਕੋਈ ਵੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਇਲਾਜ, ਭੁਗਤਾਨ, ਦਾਖਲਾ ਜਾਂ ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਲਈ ਯੋਗਤਾ 'ਤੇ ਸਰਤਾਂ ਨਹੀਂ ਲਗਾ ਸਕਦਾ ਭਾਵੇਂ ਮੈਂ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ। ਸੀਮਿਤ ਹਾਲਾਤ ਨੂੰ ਛੱਡ ਕੇ, ਮੈਨੂੰ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ ਦੀ ਕਾਪੀ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਮੈਂ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ ਦੇ ਤਹਿਤ ਜਾਹਰ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾ ਦੁਆਰਾ ਜਾਹਰ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਲੋੜੀਂਦਾ ਹੋਵੇ, ਅਤੇ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਮੁੜ ਖੁਲਾਸਾ ਸੰਖੀ ਜਾਂ ਰਾਜ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਨਾ ਰਹੇ।

ਮੈਂ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇੱਥੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਅਤੇ ਸਮਝੌਤਿਆਂ ਦੀ ਮਿਆਦ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਦੇ ਦਸ (10) ਸਾਲਾਂ ਬਾਅਦ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਵੇਗੀ।

ਦਸਤਖਤ	ਤਾਰੀਖ
-------	-------

(ਜੇ ਪੀੜਤ ਨਾਬਾਲਗ ਜਾਂ ਅਸਮਰਥ ਹੈ ਤਾਂ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਨੂੰ ਦਸਤਖਤ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ।)

ਭਾਗ 13: ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਵਿਕਟਿਮ ਕੰਪਨੇਸ਼ਨ ਬੋਰਡ ਨਾਲ ਮੇਰਾ ਸਮਝੌਤਾ

ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਲੋੜੀਂਦਾ ਹੈ, ਜੇ ਮੈਂ ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਵੱਲੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ, ਅਪਰਾਧੀ, ਕਿਸੇ ਦਿਵਾਨੀ ਮੁਕੱਦਮੇ, ਕਿਸੇ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਰਕਾਰੀ ਜਾਂ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਸੰਸਥਾ ਤੋਂ, ਜੁਰਮ ਦੇ ਸਿੱਧੇ ਨਤੀਜੇ ਵੱਜੋਂ ਹੋਏ ਨੁਕਸਾਨਾਂ ਲਈ ਤੋਂ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਉਹ CalVCB ਤੋਂ ਬੈਨਿਫਿਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਆਧਾਰ ਸੀ, ਤਾਂ ਮੈਂ, CalVCB ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਕੁੱਲ ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਦੀ ਰਕਮ ਵਿੱਚ, ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਪੀੜਤਾਂ ਲਈ ਮੁਆਵਜ਼ਾ ਬੋਰਡ (CalVCB) ਨੂੰ ਮੁੜ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਾਂਗਾ/ਕਰਾਂਗੀ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ CalVCB ਨੂੰ ਉਸ ਕਿਸੇ ਵੀ ਰਕਮ ਦਾ ਵਾਪਸੀ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੋਵਾਂਗਾ/ਹੋਵਾਂਗੀ ਜਿਸਦੇ ਲਈ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮੈਂ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਸੀ। ਜੇ ਮੈਂ ਇਸ ਜੁਰਮ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਾਰਵਾਈ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਪਰਤਿਨਿਧਤਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕੋਈ ਅਟਾਰਨੀ ਚੁੱਕਦਾ/ਚੁੱਕਦੀ ਹਾਂ ਜਾਂ ਮੈਂ ਆਪਣੇ-ਆਪ ਕੋਈ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਤਾਂ ਮੈਂ CalVCB ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕਰਾਂਗਾ/ਕਰਾਂਗੀ।

ਜਗ੍ਹਾ ਬਦਲਣ/ਨਵੀਂ ਜਗ੍ਹਾ 'ਤੇ ਜਾਣ ਦੇ ਖਰਚਿਆਂ, ਘਰ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਕਰਨ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਅਸਮਰਥ ਪੀੜਤ ਲਈ ਘਰ ਜਾਂ ਵਾਹਨ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਕਰਨ ਲਈ ਮੈਨੂੰ CalVCB ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਕੋਈ ਵੀ ਪੈਸੇ ਸਿਰਫ ਉਹਨਾਂ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਹੀ ਵਰਤੇ ਜਾਣਗੇ। ਜੇ ਮੈਂ ਜਗ੍ਹਾ ਬਦਲਣ/ਨਵੀਂ ਜਗ੍ਹਾ 'ਤੇ ਜਾਣ ਦੇ ਖਰਚੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਘਰੇਲੂ ਹਿੰਸਾ ਦਾ ਪੀੜਤ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਅਪਰਾਧੀ ਨੂੰ ਆਪਣਾ ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਦੱਸਾਂਗਾ ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਅਪਰਾਧੀ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਜਗ੍ਹਾ 'ਤੇ ਆਉਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਵਾਂਗਾ/ਦੇਵਾਂਗੀ, ਜਾਂ ਮੈਂ ਅਪਰਾਧੀ ਦੇ ਵਿਰੁੱਧ ਰੋਕ ਦਾ ਆਦੇਸ਼ ਮੰਗਾਂਗਾ/ਮੰਗਾਂਗੀ।

ਜੇ CalVCB ਦੁਆਰਾ ਮੈਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਗੈਰ-ਆਰਥਿਕ ਨੁਕਸਾਨ ਲਈ ਮੁਆਵਜ਼ਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਸਟੇਟ ਆਫ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਨੂੰ ਮੇਰੇ ਵੱਲੋਂ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਜੁਰਮ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਤੋਂ (ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਖਮਿਆਜ਼ਾ-ਪੂਰਤੀ ਆਦੇਸ਼ ਦੇ ਮਾਧਿਅਮ ਨਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਏ ਕੋਈ ਵੀ ਪੈਸੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ) ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਰੋਤ ਤੋਂ ਉਸੇ ਨੁਕਸਾਨ ਲਈ ਮੁਆਵਜ਼ਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਇੱਥੇ ਵਿਕਟਿਮ ਕੰਪਨੇਸ਼ਨ ਐਂਡ ਗਵਰਨਮੈਂਟ ਕਲੇਮਸ ਬੋਰਡ ਨੂੰ ਅਜਿਹੇ ਡੁਪਲੀਕੇਟ ਮੁਆਵਜ਼ੇ 'ਤੇ ਕੋਈ ਵੀ ਅਤੇ ਸਾਰੇ ਹੱਕ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ।

ਮੈਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਰਾਜ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੇ ਤਹਿਤ ਝੂਠਾ ਬਿਆਨ ਦੇਣ 'ਤੇ ਸਜ਼ਾ ਅਧੀਨ ਇਹ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਜੇ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿੱਤੀ ਹੈ ਉਹ ਮੇਰੀ ਬਿਹਤਰੀਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਸੱਚੀ, ਸਹੀ ਅਤੇ ਪੂਰੀ ਹੈ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇ ਮੈਂ ਅਜਿਹੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਜੋ ਝੂਠੀ, ਜਾਣਬੁਝ ਕੇ ਅਧੂਰੀ, ਜਾਂ ਗੁਮਰਾਹ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਹੈ ਤਾਂ ਮੈਨੂੰ ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਲਈ ਅਯੋਗ ਪਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਏ ਬੈਨਿਫਿਟ ਵਾਪਸ ਲੈਣ ਲਈ ਕਾਰਵਾਈ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਦਸਤਖਤ	ਤਾਰੀਖ
-------	-------

(ਜੇ ਪੀੜਤ ਨਾਬਾਲਗ ਜਾਂ ਅਸਮਰਥ ਹੈ ਤਾਂ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਨੂੰ ਦਸਤਖਤ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਕਾਉਂਟੀ ਸੋਸ਼ਲ ਵਰਕਰ, ਭਾਗ 13a ਦੇਖਣ।)

ਸਾਫ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਨਾਮ

ਭਾਗ 13a: ਸਿਰਫ ਕਾਉਂਟੀ ਸੋਸ਼ਲ ਵਰਕਰਾਂ ਲਈ

ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਲੋੜੀਂਦਾ ਹੈ, ਜੇ ਮੈਨੂੰ ਪਤਾ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਅਪਰਾਧੀ, ਕਿਸੇ ਦਿਵਾਨੀ ਮੁਕੱਦਮੇ, ਕਿਸੇ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਰਕਾਰੀ ਜਾਂ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਸੰਸਥਾ ਤੋਂ, ਜੁਰਮ ਦੇ ਸਿੱਧੇ ਨਤੀਜੇ ਵੱਜੋਂ ਹੋਏ ਨੁਕਸਾਨਾਂ ਲਈ ਤੋਂ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਉਹ CalVCB ਤੋਂ ਬੈਨਿਫਿਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਆਧਾਰ ਸੀ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਪੀੜਤਾਂ ਲਈ ਮੁਆਵਜ਼ਾ ਬੋਰਡ (CalVCB) ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕਰਾਂਗਾ/ਕਰਾਂਗੀ।

ਮੈਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਰਾਜ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੇ ਤਹਿਤ ਝੂਠਾ ਬਿਆਨ ਦੇਣ 'ਤੇ ਸਜ਼ਾ ਅਧੀਨ ਇਹ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਜੇ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿੱਤੀ ਹੈ ਉਹ ਮੇਰੀ ਬਿਹਤਰੀਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਸੱਚੀ, ਸਹੀ ਅਤੇ ਪੂਰੀ ਹੈ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇ ਮੈਂ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਅਜਿਹੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਜੋ ਝੂਠੀ, ਜਾਣਬੁਝ ਕੇ ਅਧੂਰੀ, ਜਾਂ ਗੁਮਰਾਹ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਹੈ ਤਾਂ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨੂੰ ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਲਈ ਅਯੋਗ ਪਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਏ ਬੈਨਿਫਿਟ ਵਾਪਸ ਲੈਣ ਲਈ ਕਾਰਵਾਈ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਦਸਤਖਤ	ਤਾਰੀਖ
-------	-------

ਸਾਫ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਨਾਮ

ਭਰੀ ਹੋਈ ਅਰਜ਼ੀ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਇਸ ਪਤੇ 'ਤੇ ਭੇਜ ਦਿਓ:	ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਕਾਲ ਕਰੋ:
California Victim Compensation Board PO Box 3036, Sacramento, CA 95812-3036	1-800-777-9229
- ਜਾਂ - ਆਪਣੇ ਸਥਾਨਕ ਵਿਕਟਿਮ ਵਿਟਨੇਸ ਅਸਿਸਟੈਂਸ ਸੈਂਟਰ ਵਿਖੇ ਦਿਓ	ਸੁਣਨ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲਾਂ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਰਿਲੇਅ ਸਰਵਿਸ (711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਨ

ਸੰਗ੍ਰਿਹ ਬਾਰੇ ਗੁਪਤਤਾ ਨੋਟਿਸ

1. CalVCB ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਸਰਕਾਰ ਦੇ ਕੋਡ ਭਾਗ 13952 et seq. ਅਤੇ 13954 ਦੇ ਤਹਿਤ ਇਕੱਠਿਆਂ ਕਰਦੀ ਹੈ।
2. ਇਸ ਸਾਈਟ ਤੋਂ ਲਈ ਗਈ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇੰਫਾਰਮੇਸ਼ਨ ਪ੍ਰੋਟੈਕਸ਼ਨ ਕਾਨੂੰਨ ਦੇ ਤਹਿਤ ਆਉਂਦੀ ਹੈ ਪਰ ਇਸ ਤੱਕ ਹੀ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ ਹੈ। <http://victims.ca.gov/media/pr.aspx> 'ਤੇ ਜਾਓ।
3. ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਤਹਿ ਕਰਨ ਲਈ ਇਕੱਠੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
4. CalVCB, ਚੰਗੀ ਭਾਵਨਾ ਜਾਂ ਲੋੜ ਮੁਤਾਬਕ, ਹੋਰ ਬੇਨਤੀਕਾਰਾਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਕਿ ਅਜਿਹੀ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇ:
 - ੳ) ਕਾਨੂੰਨ ਦੇ ਫਤਵਿਆਂ ਦੇ ਅਨੁਕੂਲ ਹੋਣ ਲਈ ਜਾਂ ਫਿਰ CalVCB ਜਾਂ ਸਾਈਟ ਦੇ ਲਈ ਕਾਨੂੰਨੀ ਪਰਕਿਰਿਆ ਦੇ ਪਾਲਣ ਲਈ।
 - ਅ) CalVCB ਦੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਜਾਂ ਸੰਪੱਤੀ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਅਤੇ ਬਚਾਓ ਲਈ; ਅਤੇ
 - ੲ) CalVCB ਦੇ ਵਰਤੋਂਕਾਰਾਂ ਜਾਂ ਜਨਤਾ ਦੀ ਨਿੱਜੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਕਰਨ ਲਈ ਅਤਿ-ਜ਼ਰੂਰੀ ਹਾਲਤਾਂ ਦੇ ਚੱਲਦਿਆਂ।
5. ਨਿੱਜੀ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੂੰ ਕੇਵਲ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
6. ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ।
7. ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਹੱਈਆ ਨਾ ਕਰਵਾਉਣ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਨਾ-ਮੰਨਜ਼ੂਰ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।
8. ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਏ ਗਏ ਰਿਕਾਰਡ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡਾ ਨਿੱਜੀ ਡਾਟਾ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੈ, ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ।
9. ਇਕੱਠੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਵਿਕਟਿਮ ਕੰਪਨੇਸ਼ਨ ਬੋਰਡ (ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਦੇ ਪੀੜਤਾਂ ਲਈ ਮੁਆਵਜ਼ਾ ਬੋਰਡ) ਦੁਆਰਾ ਵਰਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
10. ਇਕੱਠੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਬਾਰੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੇ ਸਵਾਲਾਂ ਬਾਰੇ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਪਤੇ 'ਤੇ ਲਿਖੋ: PO Box 48, Sacramento, CA 95812, email info@victims.ca.gov, call (800) 777-9229, ਜਾਂ ਫਿਰ VCGCB ਗੁਪਤਤਾ ਕੋਆਰਡੀਨੇਟਰ ਨੂੰ InfoSecurityandPrivacy@victims.ca.gov 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।
11. ਗੁਪਤਤਾ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, VCGCB ਦਾ ਗੁਪਤਤਾ ਨੋਟਿਸ ਦੇਖੋ। <http://victims.ca.gov/privacy.aspx> 'ਤੇ ਜਾਓ।
12. ਸਰੱਖਿਆ 'ਤੇ ਖਪਤਕਾਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ <https://oag.ca.gov/privacy/online-privacy> 'ਤੇ ਜਾਓ।