

## درخواست دریافت غرامت برای قربانی جنایت

### بخش ۱ خواهان

زبان ترجیحی برای مکالمه:

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

زبان ترجیحی برای نوشتار:

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  
:(MMDDYYYY)

شماره تامین اجتماعی (بدون فاصله):  
آیا خواهان شماره تامین اجتماعی دارد؟

رابطه شما با قربانی:

#### نشانی پستی

نام و شماره خیابان یا صندوق پستی:

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؟

تلفن منزل:

کدپستی:

ایالت:

شهر:

نشانی ۲ (شماره آپارتمان یا واحد):

نوع رایانامه:

رایانامه:

تلفن همراه:

داخلی:

تلفن محل کار:

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

در غیر این صورت بخش ۲ را تکمیل کنید

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.

### 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  
:(MMDDYYYY)

تاریخ تولد  
:(MMDDYYYY)

شماره تامین اجتماعی (بدون فاصله):  
آیا قربانی شماره تامین اجتماعی دارد؟

#### نشانی پستی

نام و شماره خیابان یا صندوق پستی:

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؟

تلفن منزل:

کدپستی:

ایالت:

شهر:

نشانی ۲ (شماره آپارتمان یا واحد):

نوع رایانامه:

رایانامه:

تلفن همراه:

داخلی:

تلفن محل کار:

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:

نام:	نام میانی:	نام خانوادگی:	جنسیت:
شماره تامین اجتماعی (بدون فاصله): آیا قربانی شماره تامین اجتماعی دارد؟	تاریخ تولد (MMDDYYYY):		
<b>نشانی پستی</b> 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؟	می خواهید به عنوان قربانی ادیت و آزار جنسی ثبت شوید؟	
نشانی ۲ (شماره آپارتمان یا واحد):	شهر:	ایالت:	کدپستی:
تلفن محل کار:	تلفن همراه:	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	مخارج سلامتی روان	از دست دادن درآمد (در صورتی که به خاطر جنایت نتوانسته اید کار کنید)	درمانهای سلامت روان
مخارج جابجایی یا نقل مکان بازآموزی کاری (برای فردی که در اثر جنایت دچار معلولیت شده است)	ارتقاء امنیت منزل	ایجاد تغییرات در منزل یا خودرو (برای فردی که در اثر جنایت دچار معلولیت شده است)	ارتقاء امنیت منزل
سایر مخارج مرتبط با جنایت:	پاکسازی صحنه جنایت		

افرادى 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.**

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

بخشهای باقی مانده را تکمیل نمایید

#### 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.

آیا لازم است برای پرداخت اضطراری درخواست دهید؟ بله

## 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: -

اگر در یک روز تا:  
اتفاق افتاده، اینجا  
بنویسید →

تاریخ گزارش جنایت:

شماره گزارش جنایت:

آسیبهای وارده را شرح دهید:

نشانی پستی

نام و شماره خیابان یا صندوق پستی:

نشانی ۲ (شماره آپارتمان یا واحد): شهر:

ایالت:

کدپستی:

شهرستان محل وقوع جنایت:

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

نام: نام میانی:

نام خانوادگی:

مظنون  
ناشناس

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 ارتباطاتتان 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:

فقط برای وکلا:

شناسه مالیاتی:

شماره وکالت در ایالت:

آیا پیروی بخش قانون دولتی شماره  
۱۳۹۵،۷(g) درخواست پرداخت کرده اید؟

شماره تلفن:

ایمیل

درج امضاء و تاریخ برای تمام نمایندگان الزامیست

امضای وکیل/نماینده:

تاریخ:

## بخش ۷ چطور از این برنامه مطلع شدید؟

مقامات انتظامی

دادستان 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:

آفریقایی آمریکایی

آسیایی، اهل جزایر اقیانوس آرام

اسپانیایی

سفید پوست

بومی آمریکایی

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 (California Victim Compensation Program - CalVCP) آخرین منبع پرداخت غرامت است. ما جهت بازپرداخت احتمالی با شرکت بیمه شما تماس خواهیم گرفت.

در صورتی که هیچ نوع بیمه ای ندارید، اینجا را علامت بزنید:

### 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 نابلغی 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: فرد مسنول جهت تماس: نام خانوادگی: شماره تلفن: داخلی: با کارفرمای شما تماس گرفته شود؟

نشانی پستی: نام و شماره خیابان یا صندوق پستی: نشانی ۲ (شماره آپارتمان یا واحد): شهر: ایالت: کدپستی:

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

آیا در رابطه با این جنایت دعوی مدنی طرح نموده اید، یا قصد دارید طرح نمایید؟  
تذکر: در صورتی که قصد طرح دعوی مدنی دارید، طبق قانون موظف هستید ظرف مدت ۳۰ روز پس از طرح دعوی CalVCP را مطلع سازید.

نام وکیل: نام میانی: نام خانوادگی: شماره تلفن: داخلی:

نشانی پستی: نام و شماره خیابان یا صندوق پستی: نشانی ۲ (شماره آپارتمان یا واحد): شهر: ایالت: کدپستی:

### 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.
- ◀ CalVCP 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 CalVCP با شما تماس خواهد گرفت.
- ◀ اگر راجع به غرامت قربانی سوالی دارید می توانید با مرکز کمک به شاهدان قربانی منطقه خود یا با CalVCP به شماره ۱-۸۰۰-۷۷۷-۹۲۲۹ 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 (Department of Justice, the Social Security Administration, the State Franchise Tax Board, and the Federal Internal Revenue Service)، هر یک از شرکتهای بیمه؛ یا هر شخص یا سازمانی اجازه می دهم که اطلاعات مرتبط با این درخواست شامل اطلاعات پزشکی (از جمله سوابق یا پیشینه جسمانی، گزارشات مشاوره، گزارشات آسیب شناسی، خلاصه های ترخیص، گزارشات مربوط به عملهای جراحی، گزارشات اشعه X و رادیولوژی های دیگر، گزارشات آزمایشگاه، یادداشت‌های مربوط به نمودارها، گزارشات صوتی، و سوابق صورتحسابها، که محدود به این موارد نیز نمی گردد)، سلامت روان و سوابق ارتکاب جرائم را جهت بررسی واجد شرایط بودن برای مزایای CalVCP در اختیار طرح پرداخت غرامت به قربانی در کالیفرنیا (CalVCP) یا نمایندگان آن قرار دهند. این اجازه در مورد تمامی منابع جهت دریافت ضررهای مورد ادعا نیز صدق می کند، از جمله مزایای درمانی یا پزشکی، مزایای بیکاری یا معلولیت، مزایای تامین اجتماعی (معلولیت تامین اجتماعی، درآمد تکمیلی تامین، و یا باز نشستگی، شامل سوابق پزشکی و/یا سلامت روان پیشین)، و مزایای کهنه سربازان، که محدود به این موارد نیز نمی گردد. اینجانب همچنین دسترسی به اطلاعات مالیاتی ایالتی و فدرال خود، شامل اظهارنامه های مالیاتی، برای مقاصد تایید درآمد را نیز مجاز می دانم. اینجانب بدينوسيله از تمام حقوق قانونی خود نسبت به این اطلاعات که در رابطه با درخواست بنده مورد نیاز CalVCP است، صرف نظر می نمایم. بدينوسيله موافقت می کنم که کپی یا دورنگار این فرم امضاء شده برابر اصل آن است، و با امضای خود اجازه انتشار تمامی اطلاعات مشخص شده را می دهم.

بدينوسيله موافقت می کنم که CalVCP یا نمایندگان آن می توانند در مورد این پرونده از مجرم محکوم جهت جبران خسارات دادخواهی کنند، تا جوجه پرداختی به بنده توسط CalVCP را دریافت نمایند، و نیز با تکمیل این درخواست اجازه استفاده از اطلاعات این درخواست و پرونده های دعوی پسایند را جهت دادخواهی و درخواست جبران خسارات از مجرم محکوم را می دهم.

اینجانب موافقت می نمایم که CalVCP یا نمایندگان آن جهت تایید یا انجام رویه ای درخواست، می توانند 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 می توانند وجه آن را به طور مستقیم به ارائه دهنده خدمات پرداخت نمایند.

اینجانب بدينوسيله موافقت می نمایم که در هر زمانی می توانم این اجازه ها را لغو نمایم. درخواست لغو اجازه ها زمانی تایید خواهد شد که CalVCP آن را دریافت نماید، اما ممکن است هنگامی که CalVCP درخواست لغو اجازه ها را دریافت می کند من دیگر واجد شرایط دریافت مزایای CalVCP شناخته نشوم. اگرچه هیچ یک از ارائه دهندگان خدمات درمانی نمی توانند درمان، پرداخت، ثبت نام یا واجد شرایط بودن بنده را منوط به امضای این اجازه نامه نمایند. بنده جز در موارد محدودی حق دارم یک نسخه از این اجازه نامه را دریافت نمایم. اینجانب موافقت می نمایم که اطلاعات فاش شده ذیل این مجوز طبق قانون می تواند 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 می نمایم که این اجازه ها و این موافقت نامه پس از ۱۰ سال از تاریخ امضای بنده در این فرم منقضی خواهد شد.

	<b>امضاء:</b>
	<b>تاریخ:</b>

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

## بخش ۱۳ موافقت اینجانب با طرح پرداخت غرامت به قربانی در کالیفرنیا

طبق قوانین کالیفرنیا، در صورتی که بنده یا فردی به نمایندگی از طرف بنده وجهی از مجرم محکوم، یک دعوی مدنی، یک پوشش بیمه ای، 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 طرح پرداخت غرامت به قربانی در کالیفرنیا (CalVCP) تماس بگیرم و معادل مزایای دریافتی از CalVCP وجه دریافتی را به این طرح بپردازم. اینجانب درک می کنم که اگر بعداً مشخص شود که برای مزایای خاصی واجد شرایط نیوده ام، 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 هزینه های 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 می کنم تنها برای همین مقاصد استفاده خواهد شد. اگر بنده قربانی خشونت در منزل باشم، و برای هزینه های جابجایی/نقل مکان پول دریافت می کنم، 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 هر گونه خسارت مالی به من غرامت بپردازد، و سپس ایالت کالیفرنیا به خاطر همان خسارات از طرف بنده از مجرم غرامت دریافت نماید (شامل هرگونه وجهی که از طریق حکم بازپرداخت خسارات دریافت می نماید) یا از هر منبع دیگری غرامت دریافت نماید، اینجانب بدينوسيله تمامی اختیارات خود را نسبت به این غرامت به هیئت پرداخت غرامت به قربانیان و دادخواستهای دولتی (Victim Compensation and Government Claims Board) واگذار می نمایم.

اینجانب طبق قوانین ایالت کالیفرنیا و تحت مجازات شهادت کذب اعلام می نمایم که تمامی اطلاعات ارائه شده توسط اینجانب صحیح، حقیقی و با توجه به اطلاعات و باور بنده کامل بوده است. بنده درک می کنم 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.

	<b>امضاء:</b>
	<b>تاریخ:</b>

(در صورتی که قربانی نابالغ یا ناتوان است، لازم است والدین یا قیم وی امضاء نمایند. مددکاران اجتماعی شهرستان، نگاه کنید به بخش ۱۳a.)

نام خود را با حروف مجزا بنویسید:

--

## بخش ۱۳ تنها برای مددکاران اجتماعی شهرستان

در صورتی که متوجه شوم که خواهان هر گونه وجهی از مجرم محکوم، یک دعوی مدنی، یک پوشش بیمه ای، یا هر سازمان دولتی یا خصوصی دیگری بابت خسارات وارده به طور مستقیم در اثر جنایت دریافت می نماید که به همان خاطر قبلاً از CalVCP مزایای دریافت کرده است، طبق قوانین کالیفرنیا با طرح پرداخت غرامت به قربانی در کالیفرنیا (CalVCP) تماس می گیرم و آنها را مطلع می سازم.

اینجانب طبق قوانین ایالت کالیفرنیا و تحت مجازات شهادت کذب اعلام می نمایم که تمامی اطلاعات ارائه شده توسط اینجانب صحیح، درست و با توجه به اطلاعات و باور بنده کامل بوده است. بنده درک می کنم 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.

	<b>امضاء:</b>
	<b>تاریخ:</b>

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

درخواست تکمیل شده را به این نشانی پست کنید:

California Victim Compensation Program 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/pr.aspx> مراجعه کنید.
۳. این اطلاعات با هدف تعیین واجد 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 درخواستتان 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 برنامه دریافت غرامت برای قربانیان جنایت در کالیفرنیا 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](mailto:info@vcgcb.ca.gov) ایمیل ارسال کنید، با شماره ۷۷۷-۹۲۲۹ (۸۰۰) تماس بگیرید یا از طریق ایمیل [InfoSecurityandPrivacy@vcgcb.ca.gov](mailto: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>.