



## 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 ਉਹਨਾ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਾਗ 1 ਵਿੱਚ ਅਤੇ ਆਪਣੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਾਗ 3 ਵਿੱਚ ਭਰੋ।

ਬੋਲੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਤਰਜੀਹੀ ਭਾਸ਼ਾ:  
ਤਰਜੀਹੀ ਲਿਖਤੀ ਭਾਸ਼ਾ:

ਨਾਮ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਹਿੱਸਾ: ਨਾਮ ਦਾ ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਹਿੱਸਾ: ਨਾਮ ਦਾ ਆਖਰੀ ਹਿੱਸਾ: ਲਿੰਗ:

ਪੀੜਤ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ: ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਉਰਿਟੀ # (ਕੋਈ ਖਾਲੀ ਸਥਾਨ ਨਹੀਂ): ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ (ਮਹੀਨੇ / ਦਿਨ / ਸਾਲ):

ਡਾਕ ਪਤਾ ਸੜਕ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਨਾਮ ਜਾਂ ਪ.ਓ. ਬਾਕਸ: ਜੁਰਮ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਹੁਣ ਤੱਕ, ਕੀ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨੂੰ ਜੇਲ ਵਿੱਚ, ਪਰਖ ਅਧੀਨ, ਪੈਰੋਲ 'ਤੇ ਜ 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 #): ਸਹਿਰ: ਰਾਜ: ਜਿਪ: ਘਰ ਦਾ ਟੈਲੀਫੋਨ:

ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੇ ਸਥਾਨ ਦਾ ਟੈਲੀਫੋਨ: ਐਕਸਟੈਨਸ਼ਨ: ਸੈਲ ਫੋਨ: 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 ਤ 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 ਹਿੱਸਾ: ਨਾਮ ਦਾ ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਹਿੱਸਾ: ਨਾਮ ਦਾ ਆਖਰੀ ਹਿੱਸਾ: ਲਿੰਗ:

ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਉਰਿਟੀ # (ਕੋਈ ਖਾਲੀ ਸਥਾਨ ਨਹੀਂ): ਜੀ ਪੀੜਤ ਕੋਲ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਉਰਿਟੀ ਨੰਬਰ ਹੈ? ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ (ਮਹੀਨੇ / ਦਿਨ / ਸਾਲ): ਜੇ ਪੀੜਤ ਦੀ ਮੌਤ ਹੋ ਗਈ ਹੈ, ਤਾਂ ਮੌਤ ਦੀ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨੇ / ਦਿਨ / ਸਾਲ):

ਡਾਕ ਪਤਾ ਸੜਕ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਨਾਮ ਜਾਂ ਪ.ਓ. ਬਾਕਸ: ਜੁਰਮ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਹੁਣ ਤੱਕ, ਕੀ ਪੀੜਤ ਨੂੰ ਜੇਲ ਵਿੱਚ, ਪਰਖ ਅਧੀਨ, ਪੈਰੋਲ ਤੇ ਜਾਂ ਰਿਹਾ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਵਿੱਚ ਰਹੇ ਹੋ? ਕੀ ਪੀੜਤ ਨੂੰ ਲਿੰਗੀ ਦੇਸ਼ੀ ਦ ਤੌਰ ਤੇ ਸੂਚੀਬੱਧ ਹੋਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?

ਪਤਾ 2 (ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ ਜਾਂ ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ #): ਸਹਿਰ: ਰਾਜ: ਜਿਪ: ਘਰ ਦਾ ਟੈਲੀਫੋਨ:

ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੇ ਸਥਾਨ ਦਾ ਟੈਲੀਫੋਨ: ਐਕਸਟੈਨਸ਼ਨ: ਸੈਲ ਫੋਨ: 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 (ਬਿਨੈਕਾਰ)

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

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

ਨਾਮ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਹਿੱਸਾ:

ਨਾਮ ਦਾ ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਹਿੱਸਾ:

ਨਾਮ ਦਾ ਆਖਰੀ ਹਿੱਸਾ:

ਲਿੰਗ:

ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ # (ਕੋਈ ਖਾਲੀ ਸਥਾਨ ਨਹੀਂ):

ਕੀ ਬਿਨੈਕਾਰ ਕੋਲ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ ਨੰਬਰ ਹੈ?

ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ

(ਮਹੀਨੇ / ਦਿਨ / ਸਾਲ):

ਡਾਕ ਪਤਾ

ਸੜਕ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਨਾਮ ਜਾਂ ਪ.ਓ. 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 ਦੇਸ਼ੀ ਦੇ ਤੌਰ ਤੇ

ਸੂਚੀਬੱਧ ਹੋਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?

ਪਤਾ 2 (ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ ਜਾਂ ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ #):

ਸਹਿਰ:

ਰਾਜ:

ਜਿਪ:

ਘਰ ਦਾ ਟੈਲੀਫੋਨ:

ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੇ ਸਥਾਨ ਦਾ ਟੈਲੀਫੋਨ:

ਐਕਸਟੈਨਸ਼ਨ:

ਸੈਲ ਫੋਨ:

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)

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

ਜੁਰਮ ਦੀ ਜਗ੍ਹਾ ਦੀ ਸਫਾਈ

ਜੁਰਮ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਹੋਰ ਖਰਚਾ(ਖਰਚੇ):

ਜੁਰਮ ਦੇ ਪੀੜਤ 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।

ਹਿੱਸਕ 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

ਬਾਲੀ ਦੇ ਭਾਗਾਂ 'ਤੇ ਜਾਰੀ ਰੱਖੋ

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।

ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਸੰਕਟਕਾਲੀ ਅਵਾਰਡ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?  ਹਾ

## ਭਾਗ 5 ਜੁਰਮ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਕਾਨੂੰਨ ਲਾਗੂਕਰਨ ਏਜੰਸੀ ਦਾ ਨਾਮ

ਕਾਨੂੰਨ ਲਾਗੂਕਰਨ ਏਜੰਸੀ ਦਾ ਨਾਮ ਜਿਸ ਨੂੰ ਜੁਰਮ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ:

ਜੁਰਮ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ(ਆਂ)

ਵੱਲੋਂ:

ਜੇ ਇੱਕ ਦਿਨ, ਵੱਲੋਂ:

ਤਾਂ ਇੱਥੇ



ਦਾਖਲ ਕਰ

ਜੁਰਮ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ:

ਜੁਰਮ ਰਿਪੋਰਟ ਨੰਬਰ:

ਸੱਟਾਂ ਦਾ ਵਰਣਨ ਕਰੋ:

ਜੁਰਮ ਦਾ ਸਥਾਨ (ਜੇ ਪਤਾ ਹੋਵੇ)

ਪਤਾ, ਚੈੱਕ, ਇਲਾਕਾ, ਆਦਿ:

ਪਤਾ 2 (ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ ਜਾਂ ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ #):

ਸਹਿਰ:

ਰਾਜ:

ਜਿਲ੍ਹਾ:

ਕਾਉਂਟੀ ਜਿੱਥੇ ਜੁਰਮ ਹੋਇਆ:

ਵਿਅਕਤੀ ਜਿਸਨੇ ਜੁਰਮ ਕੀਤਾ (ਸ਼ੱਕੀ ਵਿਅਕਤੀ), ਜੇ ਪਤਾ ਹੋਵੇ

ਸ਼ੱਕੀ ਵਿਅਕਤੀ ਬਾਰੇ ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਹੈ

ਜੁਰਮ ਦੀ ਕਿਸਮ:

ਨਾਮ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਮੰਗ ਮੰਗ:

ਨਾਮ ਦਾ ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਹਿੱਸਾ:

ਨਾਮ ਦਾ ਆਖਰੀ ਹਿੱਸਾ:

## ਭਾਗ 6 ਪੁਤਿਨਿਧੀ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

(ਪੀੜਤ ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਵਾਸਤੇ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਲਈ ਕਿਸੇ ਪੁਤਿਨਿਧੀ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ।)

ਇਹ ਭਾਗ ਸਿਰਫ ਪੁਤਿਨਿਧੀਆਂ ਲਈ ਹੈ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਪੀੜਤ ਦੇ ਵਕੀਲ ਅਤੇ ਅਟਾਰਨੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਵਿਕਟਿਮ ਅਸਸਟੈਂਸ 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।

ਭਾਗ 1 ਵਿਚ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਆਪਣਾ ਰਿਸ਼ਤਾ ਦੱਸੋ:



ਨਾਮ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਹਿੱਸਾ:

ਨਾਮ ਦਾ ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਹਿੱਸਾ:

ਨਾਮ ਦਾ ਆਖਰੀ ਹਿੱਸਾ:

ਟੈਲੀਫੋਨ:

ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ:

ਸੰਗਠਨ ਦਾ ਨਾਮ:

ਡਾਕ ਪਤਾ

ਸੜਕ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਨਾਮ ਜਾਂ ਪ.ਓ. ਬਾਕਸ:

ਪਤਾ 2 (ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ ਜਾਂ ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ #):

ਸਿਰਫ ਵਿਕਟਿਮ ਅਸਿਸਟੈਂਸ ਸੈਂਟਰ ਦੇ ਸਟਾਫ ਲਈ:

JP/VWC ਨੰਬਰ:

ਸਹਿਰ:

ਰਾਜ:

ਜਿਲ੍ਹਾ:

ਸਿਰਫ ਅਟਾਰਨੀਆਂ ਲਈ:

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਗਵਰਨਮੈਂਟ ਕੋਡ ਭਾਗ 13957.7(g) ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਭੁਗਤਾਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ?

ਟੈਕਸ ਆਈਡੀ:

ਸਟੇਟ ਬਾਰ #:

ਟੈਲੀਫੋਨ:

ਈ-ਮੇਲ:

ਸਾਰੇ ਪੁਤਿਨਿਧੀਆਂ ਲਈ ਦਸਤਖਤ ਅਤੇ ਮਿਤੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ

ਅਟਾਰਨੀ/ਪੁਤਿਨਿਧ ਦੇ ਦਸਤਖਤ:

ਤਾਰੀਖ:

## ਭਾਗ 7 ਤੁਹਾਨੂੰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਬਾਰੇ ਕਿਵੇਂ ਪਤਾ ਲੱਗਾ

ਕਾਨੂੰਨ ਲਾਗੂਕਰਨ

ਬਿਲਬੋਰਡ ਜਾਂ ਪੋਸਟਰ

ਡਾਕਟਰੀ ਪ੍ਰਦਾਤਾ

ਬੱਚਿਆਂ ਦੀਆਂ ਰੱਖਿਆ ਸੇਵਾਵਾਂ

ਬਾਲਗ ਰੱਖਿਆ ਸੇਵਾਵਾਂ

ਡਿਸਟ੍ਰਿਕਟ ਅਟਾਰਨੀ

ਵਿਕਟਿਮ ਵਿਟਨੈਸ ਅਸਿਸਟੈਂਸ ਸੈਂਟਰ (ਪੀੜਤ ਗਵਾਹ

ਮੀਡੀਆ (ਟੀਵੀ, ਰੇਡੀਉ, ਅਖਬਾਰ, ਆਦਿ)

ਬਿਲਬੋਰਡ ਜਾਂ ਪੋਸਟਰ

ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਦਾਤਾ

ਕੋਈ ਹੋਰ:

### ਭਾਗ 8 ਸੰਘੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

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

ਨਸਲ:  ਅਫ਼ਰੀਕੀ ਅਮਰੀਕੀ  ਏਸ਼ੀਆਈ, ਪੈਸੀਫਿਕ ਟਾਪੂ ਵਾਸੀ  ਹਿਸਪੈਨਿਕ  ਕਾਕੇਸੀਆਈ  ਮੂਲ ਅਮਰੀਕੀ  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 ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (CalVCP) ਆਖਰੀ ਚਾਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਭਰਪਾਈ ਦੇ ਸੰਭਾਵੀ ਸਰੋਤ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।

ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਿਸਮ ਦਾ ਕੋਈ ਬੀਮਾ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਇੱਥੇ ਸਹੀ ਲਗਾਓ:

#### ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ

Medi-Cal ਬੈਨਿਫਿਟ ਪਛਾਣ ਕਾਰਡ ਨੰਬਰ:  ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ:

ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਮ:  ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ:  ਗਰੁੱਪ ਨੰਬਰ:  ਟੈਲੀਫੋਨ:  ਐਕਸਟੈਨਸ਼ਨ:

ਡਾਕ ਪਤਾ  ਸੜਕ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਨਾਮ ਜਾਂ ਪ.ਓ. ਬਾਕਸ:  ਪਤਾ 2 (ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ ਜਾਂ ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ #):  ਸ਼ਹਿਰ:  ਰਾਜ:  ਜਿਲ੍ਹਾ:

ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ  ਨਾਮ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਹਿੱਸਾ:  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 ਪ.ਓ. ਬਾਕਸ:  ਪਤਾ 2 (ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ ਜਾਂ ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ #):  ਸ਼ਹਿਰ:  ਰਾਜ:  ਜਿਲ੍ਹਾ:

ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ  ਨਾਮ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਹਿੱਸਾ:  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 ਕਰਜ਼ ਦੀ ਵੱਖਰੀ ਸੀਟ 'ਤੇ ਦਿਓ ਅਤੇ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦ ਨਾਲ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੋ।

## ਭਾਗ 10 ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ 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/ਪਤਾ/ 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?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ਡਾਕ ਪਤਾ ਸੜਕ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਨਾਮ ਜਾਂ ਪ.ਓ. ਬਾਕਸ:	ਪਤਾ 2 (ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ ਜਾਂ ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ #):	ਸ਼ਹਿਰ:	ਰਾਜ:	ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੀ ਵੱਖਰੀ ਸ਼ੀਟ 'ਤੇ ਦਿਓ ਅਤੇ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦ ਨਾਲ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੋ।

## ਭਾਗ 11 ਦਿਵਾਨੀ ਮੁਕੱਦਮੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

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

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

ਵਕੀਲ ਦਾ ਨਾਮ ਨਾਮ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਹਿੱਸਾ:	ਨਾਮ ਦਾ ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਹਿੱਸਾ:	ਨਾਮ ਦਾ ਆਖਰੀ ਹਿੱਸਾ:	ਟੈਲੀਫੋਨ:	ਐਕਸਟੈਨਸ਼ਨ:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ਡਾਕ ਪਤਾ ਸੜਕ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਨਾਮ ਜਾਂ ਪ.ਓ. ਬਾਕਸ:	ਪਤਾ 2 (ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ ਜਾਂ ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ #):	ਸ਼ਹਿਰ:	ਰਾਜ:	ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### ਜੁਰਮ ਦੇ ਪੀੜਤ ਲਈ ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਵਾਸਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਲਗਭਗ ਪੂਰੀ ਹ 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।
- ▶ CalVCP ਇਹ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਚਿੱਠੀ ਭੇਜੇਗੀ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋ ਗਈ ਹੈ। ਮਿਲਣ ਦ ਸੂਚਨਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਚਿੱਠੀ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੇ ਗਏ ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੋਵੇਗੀ।
- ▶ ਇੱਕ CalVCP 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 CalVCP 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 ਬਲ 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 ਸਿਕਿਊਰਿਟੀ ਐਡਮਿਨਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ, ਸਟੇਟ ਫ੍ਰਾਇਡਿੰਗ ਟੈਕਸ ਬੋਰਡ, ਅਤੇ ਫੈਡਰਲ ਇਨਟਰਨਲ ਰੈਵਿਨਿਊ ਏਜੰਸੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ; ਕਿਸੇ ਵੀ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ; ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਏਜੰਸੀ ਨੂੰ, ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਡਾਕਟਰੀ (ਇਤਿਹਾਸ ਜਾਂ ਭੌਤਿਕ ਰਿਕਾਰਡ, ਵਿਚਾਰ-ਵਾਦਦਾਰ ਰਿਪੋਰਟਾਂ, ਪੈਥੋਲੋਜੀ ਰਿਪੋਰਟਾਂ, ਡਿਸਚਾਰਜ ਸਮਰੀਆਂ, ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀਆਂ ਰਿਪੋਰਟਾਂ, ਐਕਸ-ਰੇ ਅਤੇ ਹੋਰ ਰੇਡੀਓਲੋਜੀ ਰਿਪੋਰਟਾਂ, ਲੈਬਰਟਰੀ ਰਿਪੋਰਟਾਂ, ਚਾਰਟ ਨੋਟ, ਵਰਣਾਤਮਕ ਰਿਪੋਰਟਾਂ, ਅਤੇ ਬਿਲਿੰਗ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਸਮੇਤ ਪਰ ਇਹਨਾਂ ਤਕ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ), ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ, ਅਤੇ ਗੰਭੀਰ ਅਪਰਾਧ ਦਾ ਦੋਸ਼ੀ ਪਾਏ ਜਾਣ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਪੀੜਤਾਂ ਲਈ ਮੁਆਵਜ਼ਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (CalVCP) ਜਾਂ ਇਸਦੇ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀਆਂ ਨੂੰ, CalVCP ਬਨਿਫਿਟਾਂ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਨਿਰਧਾਰਨ ਕਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਨਾਲ, ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹੈ। 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 ਸਿਕਿਊਰਿਟੀ ਬੈਨਿਫਿਟ (ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਊਰਿਟੀ ਅਸਮਰਥਤਾ, ਸਪਲੀਮੈਂਟਲ ਸਿਕਿਊਰਿਟੀ ਆਮਦਨੀ, ਅਤੇ/ਜਾਂ ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ, ਸਮਰਥਨ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰੀ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ), ਅਤੇ ਸਾਬਕਾ ਫੈਜ਼ੀਆਂ ਦੇ ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਸਮੇਤ, ਇਹਨਾਂ ਤਕ ਵੀ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ ਹਨ। ਮੈਂ ਆਮਦਨੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ, ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨਾਂ ਸਮੇਤ, ਸੰਖੀ ਜਾਂ ਰਾਜ ਸਬੰਧੀ ਟੈਕਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੂ ਕਰਨ ਦੀ ਵੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹੈ। ਮੈਂ ਇਸ ਦੁਆਰਾ ਮੇਰੇ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ CalVCP ਦੁਆਰਾ ਲੋੜੀਂਦੀ ਇਸ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ 'ਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਾਨੂੰਨੀ ਰੱਖਾ ਨੂੰ ਛੱਡਦਾ/ਛੱਡਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਦਸਤਖਤ ਵਿੱਚ ਫਾਰਮ ਦੀ ਫੋਟੋਕੋਪੀ ਜਾਂ ਫਕਸ ਵੀ ਮੂਲ ਫਾਰਮ ਦੇ ਬਰਾਬਰ ਜਾਇਗ ਹੈ, ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਦਸਤਖਤ ਦੋਸ਼ੀ ਗਈ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਜਾਰੂ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦੇ ਹਨ। ਮੈਂ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ CalVCP ਜਾਂ ਇਸਦੇ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ CalVCP 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 ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦਾਅਵਾ ਫਰਮਾਂ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਦੋਸ਼ੀ ਪਾਏ ਗਏ ਅਪਰਾਧੀਆਂ ਤੋਂ ਖਮਿਆਜ਼ਾ-ਪੂਰਤੀ ਦੀ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਲਈ ਵਰਤੋਂ ਜਾਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ। ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਅਤੇ ਇਸ 'ਤੇ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕਰਨ ਲਈ, ਮੈਂ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ CalVCP ਜਾਂ ਇਸਦੇ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ, ਅਤੇ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਕਿਸੇ ਵੀ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ, ਸਰਕਾਰੀ ਏਜੰਸੀ, ਜਾਂ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਪਰਦਾਤਾ 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 CalVCP ਨੂੰ ਇਹ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਜਦੋਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ CalVCP ਨੂੰ ਰੱਦੀਕਰਨ ਮਿਲਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੈਨੂੰ CalVCP 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 ਜਾਰੂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੂ 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 ਅਧਿਕਾਰ 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 ਪੀੜਤਾਂ ਲਈ ਮੁਆਵਜ਼ਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਮੇਰਾ ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ

ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਲੋੜੀਂਦਾ ਹੈ, ਜੇ ਮੈਂ ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਵੱਲੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ, ਅਪਰਾਧੀ, ਕਿਸੇ ਦਿਵਾਲੀ ਮੁਕੱਦਮੇ, ਕਿਸੇ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਰਕਾਰੀ ਜਾਂ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਸੰਸਥਾ ਤੋਂ, ਜੁਰਮ ਦੇ ਸਿੱਧੇ ਨਤੀਜੇ ਵੱਜੋਂ ਹੋਏ ਨੁਕਸਾਨਾਂ ਲਈ ਤੋਂ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਹ CalVCP ਤੋਂ ਬੈਨਿਫਿਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਆਧਾਰ ਸੀ, ਤਾਂ ਮੈਂ, CalVCP ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਕੁੱਲ ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਦੀ ਰਕਮ ਵਿੱਚ, ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਪੀੜਤਾਂ ਲਈ ਮੁਆਵਜ਼ਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (CalVCP) ਨੂੰ ਮੁੜ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਵਾਉਣ/ਕਰਵਾਉਣੀ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ CalVCP 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 ਅਦਾਰਾ ਰੱਖਦਾ/ਰੱਖਦੀ ਹਾਂ ਜਾਂ ਮੈਂ ਆਪਣੇ-ਆਪ ਕੋਈ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਤਾਂ ਮੈਂ CalVCP ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕਰਵਾਂਗਾ/ਕਰਵਾਂਗੀ।

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

ਜੇ CalVCP 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 ਕਰ? ਨ 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 ਭੁਗਾ 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 ਝੂਠ, 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 ਦਿਵਾਲੀ ਮੁਕੱਦਮੇ, ਕਿਸੇ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਰਕਾਰੀ ਜਾਂ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਸੰਸਥਾ ਤੋਂ, ਜੁਰਮ ਦੇ ਸਿੱਧੇ ਨਤੀਜੇ ਵੱਜੋਂ ਹੋਏ ਨੁਕਸਾਨਾਂ ਲਈ ਤੋਂ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਹ CalVCP ਤੋਂ ਬੈਨਿਫਿਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਆਧਾਰ ਸੀ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਪੀੜਤਾਂ ਲਈ ਮੁਆਵਜ਼ਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (CalVCP) ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕਰਵਾਂਗਾ/ਕਰਵਾਂਗੀ।

ਮੈਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਰਾਜ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੇ ਤਹਿਤ ਭੁਗਾ 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 ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਅਜਿਹੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਜੋ ਝੂਠ, 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:  
**California Victim Compensation Program**  
**PO Box 3036, Sacramento, CA 95812-3036**

- ਜਾਂ -

ਆਪਣੇ ਸਥਾਨਕ ਵਿਕਟਿਮ ਵਿਟਨੈਸ ਅਸਿਸਟੈਂਸ ਸੈਂਟਰ ਵਿਖੇ ਦ ਦਿਓ

ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਕਾਲ ਕਰੋ:  
**1-800-777-9229**

ਸੁਣਨ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲਾਂ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਰਿਲੇਅ ਸਰਵਿਸ (711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਨ

# ਸੰਗ੍ਰਿਹ ਬਾਰੇ ਗੁਪਤਤਾ ਨੋਟਿਸ

1. VCGCB ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕਲੀਫੋਰਨੀਆ ਸਰਕਾਰ ਦੇ ਕੋਡ ਭਾਗ 13952 et seq. ਅਤੇ 13954 ਦੇ ਤਹਿਤ ਇਕੱਠਿਆਂ ਕਰਦੀ ਹੈ।
2. ਇਸ ਸਾਈਟ ਤੋਂ ਲਈ ਗਈ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇੰਨਫਾਰਮੇਸ਼ਨ ਪ੍ਰੋਕਟਿਸ ਕਾਨੂੰਨ ਦੇ ਤਹਿਤ ਆਉਂਦੀ ਹੈ ਪਰ ਇਸ ਤੱਕ ਹੀ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ ਹੈ। <http://vcgcb.ca.gov/media/pru.aspx> 'ਤੇ ਜਾਓ।
3. ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਆਵਜੇ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਤਹਿ ਕਰਨ ਲਈ ਇਕੱਠੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
4. VCGCB, ਚੰਗੀ ਭਾਵਨਾ ਜ ਲੋੜ ਮੁਤਾਬਕ, ਹੋਰ ਬੇਨਤੀਕਾਰਾਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ:
  - ੳ) ਕਾਨੂੰਨ ਦੇ ਫਤਵਿਆਂ ਦੇ ਅਨੁਕੂਲ ਹੋਣ ਲਈ ਜਾਂ ਫਿਰ VCGCB ਜਾਂ ਸਾਈਟ ਦੇ ਲਈ ਕਾਨੂੰਨੀ ਪਰਕਿਰਿਆ ਦੇ ਪਾਲਣ ਲਈ;
  - ਅ) VCGCB ਦੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਜਾਂ ਸੰਪੱਤੀ ਦ ਰੱਖਿਆ ਅਤੇ ਬਚਾਓ ਲਈ; ਅਤੇ
  - ੲ) VCGCB ਦੇ ਵਰਤੋਂਕਾਰਾਂ ਜਾਂ ਜਨਤਾ ਦੀ ਨਿੱਜੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਕਰਨ ਲਈ ਅਤਿ-ਜਰੂਰੀ 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 ਅਰਜ਼ ਨਾ-ਮੰਨਜ਼ੂਰ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।
8. ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਏ ਗਏ ਰਿਕਾਰਡ, ਜਿਸ ਵਿਚ ਤੁਹਾਡਾ ਨਿੱਜੀ ਡਾਟਾ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੈ, ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ।
9. ਇਕੱਠੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕਲੀਫੋਰਨੀਆ ਵਿਕਟਿਮ ਕੰਪਨੇਸ਼ਨ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਦੇ ਪੀੜਤਾਂ ਲਈ ਮੁਆਵਜਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ) ਦੁਆਰਾ ਵਰਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
10. ਇਕੱਠੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਬਾਰੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੇ ਸਵਾਲਾਂ ਬਾਰੇ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਪਤ 'ਤੇ ਲਿਖੋ: : PO Box 48, Sacramento, CA 95812, email [info@vcgcb.ca.gov](mailto:info@vcgcb.ca.gov), call (800) 777-9229, ਜਾਂ ਫਿਰ VCGCB ਗੁਪਤਤਾ ਕੋਆਰਡੀਨੇਟਰ ਨੂੰ [InfoSecurityandPrivacy@vcgcb.ca.gov](mailto:InfoSecurityandPrivacy@vcgcb.ca.gov), 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।
11. ਗੁਪਤਤਾ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, VCGCB ਦਾ ਗੁਪਤਤਾ ਨੋਟਿਸ ਦੇਖੋ। <http://vcgcb.ca.gov/privacy.aspx> 'ਤੇ ਜਾਓ।
12. ਸਰੱਖਿਆ 'ਤੇ ਖਪਤਕਾਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ <https://oag.ca.gov/privacy/online-privacy> 'ਤੇ ਜਾਓ।