

طلب لتعويض ضحية جريمة

القسم ١: المدعي

اللغة المتحدثة المفضلة	ينبغي تقديم طلب منفصل لكل شخص يسعى للحصول على المساعدة. ينبغي تعبئة القسم ١ لكل الطلبات. المدعي هو الشخص الذي لديه نية أو يسعى للحصول على مساعدة نتيجة لجريمة. إذا كنت تعبئ هذا الطلب نيابة عن شخص آخر، صنف معلوماته في القسم ١ ومعلوماتك في القسم ٣.
اللغة المكتوبة المفضلة	

الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم الأخير	الجنس
صلة القرابة للضحية	رقم الضمان الاجتماعي (بدون شرطة)	لا يوجد رقم ضمان اجتماعي	تاريخ الميلاد
العنوان البريدي	رقم واسم الشارع أو رقم صندوق البريد	هل تُطلب تسجيل المدعي عليه كمرتكب جرائم جنسية؟	من تاريخ الجريمة إلى الآن، هل تم حجز المدعي عليه في السجن أو تم وضعه تحت المراقبة أو تم إخلاء سبيله بالإخلاء المشروط أو خضع للمراقبة المجتمعية بعد الإفراج عنه نظرًا لارتكابه جريمة؟

العنوان ٢ (رقم الشقة أو الوحدة):	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
الفضل رقم لانتصال	التحويل	البريد الإلكتروني	نوع البريد الإلكتروني

ضع علامة في هذا المربع إن كنت ولدي أمر أو وصي تتقدم بالطلب نيابة عن شاهد قاصر على جريمة عتقد بتأهل الشهود القصير.

إعلاج الصحة النفسية فقط يبلغ المدعي من العمر أقل من ١٨ عامًا، وهو شاهد عن قرب على جريمة عنيفة، إلا أنه ليس ضحية لجريمة وليس على صلة قرابة بالضحية. انظر الضحية أو الجريمة المتاحة أو معلومات أخرى في الأقسام المتبقية.

إذا كنت ضحية بالغة وكانت التكاليف لك، تجاوز إلى القسم ٤ إن لم تكن كذلك، استمر إلى القسم ٢

القسم ٢ ضحية الجريمة

ضحية الجريمة هو الشخص الذي تعرض للإصابة أو التهديد بالإصابة أو القتل نتيجة للجريمة.			
الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم الأخير	الجنس
رقم الضمان الاجتماعي	لا يوجد رقم ضمان اجتماعي	تاريخ الميلاد	إذا كان الضحية متوفيًا، تاريخ الوفاة
العنوان البريدي	رقم واسم الشارع أو رقم صندوق البريد	من تاريخ الجريمة وحتى الآن، هل كان الضحية في السجن أو قيد المراقبة أو قيد إطلاق السراح المشروط بسبب جنابة؟	هل مطلوب من الضحية التسجيل كأحد مرتكبي الجرائم الجنسية؟
العنوان ٢ (رقم الشقة أو الوحدة):	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
الفضل رقم لانتصال	التحويل	البريد الإلكتروني	نوع البريد الإلكتروني

إذا كنت تعبئ هذا الطلب نيابة عن قاصر أو بالغ فاقد للأهلية، استمر إلى القسم ٣ إن لم تكن كذلك، تجاوز إلى القسم ٤

القسم ٣ ولي الأمر أو الوصي (مقدم الطلب)

هذا القسم مخصص لأولياء الأمور أو الأوصياء على القصر أو البالغين فاقد الأهلية في القسم ١.

يرجى الإشارة إلى صلة قرابتك بالشخص المذكور في القسم ١:

اللغة المفضلة

اللغة المكتوبة المفضلة

الاسم الأوسط

الاسم الأول

الاسم الأخير

تاريخ الميلاد

الجنس

رقم الضمان الاجتماعي

لا يوجد رقم
ضمان اجتماعي

العنوان البريدي

رقم واسم الشارع أو رقم صندوق البريد

من تاريخ الجريمة وحتى الآن، هل كنت أنت في السجن
أو قيد المراقبة أو قيد إطلاق السراح المشروط بسبب
جناية؟

هل مطلوب منك التسجيل كأحد
مرتكي الجرائم الجنسية؟

العنوان ٢ (رقم الشقة أو الوحدة):

البلدية

الولاية

الرمز البريدي

الفضل رقم لاتصال

التحويل

البريد الإلكتروني

نوع البريد الإلكتروني

استمر إلى القسم ٤

القسم ٤ معلومات حول تكاليفك

يمكن أن تتوفر المنافع التالية لضحية الجريمة. يرجى وضع علامة على التكاليف التي تطلبها والمرتبطة بالجريمة. يرجى إرفاق نُسخ أو قائمة بأي فواتير مرتبطة بالجريمة.

فقدان الدخل
(إذا فُت العمل بسبب الجريمة)

علاج صحة نفسية

تكاليف طبية و/أو تكاليف أسنان

تدهبت في المنزل أو المركبة
(لضحية تعرض للعجز بسبب الجريمة)

تأمينات أمن منزلي

تكاليف نقل أو انتقال

رد نفقات الانتقال أو تكاليف النقل

تنظيف موقع الجريمة

إعادة التأهيل الوظيفي
(لضحية تعرض للإعالة بسبب الجريمة)

تكاليف أخرى مرتبطة بالجريمة

يمكن أن تتوفر المنافع التالية لشخص آخر غير ضحية الجريمة. يرجى وضع علامة على التكاليف التي تطلبها والمرتبطة بالجريمة. يرجى إرفاق نُسخ أو قائمة بأي فواتير مرتبطة بالجريمة.

للشهود القصر على جريمة عنف، لا تتوفر سوى منافع الصحة النفسية. استمر إلى القسم ٥.

فقدان الدعم
(للمعالمين من قبل شخص متوف أو ضحية عاجز)

فقدان الأجر
(حتى ٣٠ يومًا في حالة وفاة قاصر أو إقامته في المستشفى)

علاج صحة نفسية

تأمينات أمن منزلي

تنظيف موقع الجريمة

تكاليف الجنازة و/أو الدفن

التكاليف الطبية لضحية متوف

طلب منحة الطوارئ

يمكن طلب منح الطوارئ في حالات محددة. وتختص منحة الطوارئ بالدفع مقابل التكاليف المرتبطة بجريمة في الحالات التي ستعاني فيها من صعوبة مالية شديدة في حال عدم الدفع مقابل التكاليف المرتبطة بالجريمة فورًا. الصعوبة المالية الكبيرة تعني ألا يظل لديك ما يكفي من المال لتغطية الضروريات مثل الطعام أو الإيجار بعد أن تنفذ الفواتير المرتبطة بالجريمة. يتم دفع منح الطوارئ المؤهلة عمومًا خلال ٣٠ يومًا تقيميًا من استلام الطلب.

أنا أطلب منحة طوارئ.

القسم ٥ معلومات الجريمة

اسم وكالة تطبيق القانون

اسم وكالة تطبيق القانون التي تم إبلاغها بالجريمة

تاريخ/تواريخ وقوع الجريمة

من	إلى	
----	-----	--

تاريخ الإبلاغ عن الجريمة

رقم بلاغ الجريمة

صف الإصابات

--	--	--

موقع الجريمة (إذا كان معروفًا)

الشخص مرتكب الجريمة (المشتبه به)، إذا كان معروفًا

المشتبه به غير معروف

العنوان، التقاطع، المنطقة، وما إلى ذلك	الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم الأخير

العنوان ٢ (Ste. #)

البلدية

الولاية

الرمز البريدي

البلدية

نوع الجريمة

--	--	--	--	--	--

القسم ٦ معلومات الوكيل (لا يلزم وكيل لتقديم طلب لتعويض الضحية).

هذا القسم هو للوكلاء فقط بما فيهم المتأصلون والمحامون. لا يحتاج متأصلو مركز مساعدة الضحايا إلا إلى توفير رقم الهاتف، الاسم، رقم المركز، والتوقيع والتاريخ. بالنسبة للمحامين، يرجى تعبئة هذا القسم بالكامل.

يرجى الإشارة إلى علاقته بالشخص المذكور في القسم ١

إذا كنت تدرج تحت فئات أخرى،
فيرجى التوضيح

--	--

الاسم الأول

الاسم الأوسط

الاسم الأخير

الهاتف

التحويلة

--	--	--	--	--

اسم المنظمة

العنوان البريدي

رقم واسم الشارع أو رقم صندوق البريد

العنوان ٢ (للمحامين فقط)

--	--

فقط للمعاملين في مركز مساعدة الضحايا

رقم JP/VWC

البلدية

الولاية

الرمز البريدي

--	--	--

رقم الجناح

البطاقة الضريبة

رقم جدول محامي الولاية

اطلب الدفع وفقًا لقسم القانون
الحكومي رقم (g) 13957.7.

--	--

هاتف

البريد الإلكتروني

--	--

التوقيع والتاريخ مطلوبان لكل الوكلاء

توقيع المندوب

التاريخ

--	--

القسم ٧ كيف عرفت بالبرنامج؟

جهة تطبيق القانون

المدعي العام في المقاطعة

مزود طبي

خدمات حماية الأطفال

خدمات حماية البالغين

مزود الرعاية النفسية

مركز مساعدة الضحايا والشهود

وسائل الإعلام (التلفاز، الراديو، الصحيفة، غير ذلك)

لوحة إعلانية أو ملصق إعلاني

بطاقة أو منشور

غير ذلك

--	--	--

القسم ٨ معلومات الإبلاغ الفيدرالي

المعلومات الطوعية التالية هي للشخص المتلقي للتعويض وتستخدم لأغراض إحصائية فقط للتوافق مع اللوائح الفيدرالية.

الإثنية

هندي أمريكي / من سكان الإسكيا الأصليين

آسيوي

أسود / أمريكي من أصول أفريقية

إسباني أو لاتيني

من المواطنين الأصليين في هاواي

وجزر المحيط الهادئ الأخرى

أبيض غير لاتيني / أوقازي

عرق آخر

أعراق متعددة

رفض التحديد

غير ذلك

هل الضحية عاجز؟

هل كان الضحية عاجزاً قبل الجريمة؟

القسم ٩ معلومات التأمين

يرجى إدراج معلومات تأمينك أندية مجلس تعويضات الضحايا في كاليفورنيا (CalVCB) هو الجهة التي تدفع كمالاً أخيراً. يمكنك الاتصال بشركة تأمينك كمصدر محتمل للتعويض.

ليس لدى تأمين من أي نوع

التأمين الصحي

رقم بطاقة التعريف الخاص بالمزايا الطبية:

تاريخ الإصدار

اسم شركة التأمين الصحي

رقم التغطية

رقم المجموعة

الهاتف

التحويل

العنوان البريدي

رقم واسم الشارع أو رقم صندوق البريد

العنوان ٢ (رقم الجناح)

المدينة

الولاية

الرمز البريدي

اسم المؤمن عليه

الاسم الأول

الاسم الأوسط

الاسم الأخير

هل رفعت دعوى تأمين مرتبطة بهذه الجريمة؟

تأمين مركبة (يشمل السيارات، عربات الشحن، الدراجات النارية، البيت المتحرك، المركب، الجت سكي، الطائرة، وما شابه)

استكمل إذا كانت الجريمة تتعلق بسيارة، بما في ذلك اصطدام المشاة بسيارة.

اسم شركة تأمين المركبة

رقم التغطية

الهاتف

التحويل

العنوان البريدي

رقم واسم الشارع أو رقم صندوق البريد

العنوان ٢ (رقم الجناح)

المدينة

الولاية

الرمز البريدي

اسم المؤمن عليه

الاسم الأول

الاسم الأوسط

الاسم الأخير

هل رفعت دعوى تأمين مرتبطة بهذه الجريمة؟

تأمين آخر

يرجى فحص أي مصادر تأمين أخرى يمكن أن تنطبق على طلبك:

Medi-Cal

Medicare

Workers' Comp

غير ذلك

إذا كان لديك أكثر من مزود تأمين واحد، يرجى إدراج ذلك في ورقة منفصلة وإرساله بريدياً مع طلبك.

القسم ١٠ معلومات صاحب العمل

يرجى إدراج صاحب عمل الضحية إذا كنت ولي أمر/وصي يسعى للحصول على منافع فقدان الأجر بسبب دخول ضحية فاصر إلى المستشفى أو وفاته، أدرج صاحب عملك.

هل لا بأس من الاتصال بصاحب العمل؟	التحويلة	الهاتف	الاسم الأخير	الاسم الأول	الاسم التجاري لصاحب العمل
العنوان البريدي	رقم واسم الشارع أو رقم صندوق البريد	العنوان 2 (رقم الجناح)	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
	هل الضحية ذاتي التوظيف أو كان كذلك؟		هل فُوت الضحية العمل نتيجة لتبصبات المرتبطة بالجريمة؟		
	هل وقعت الجريمة أثناء تواجد الضحية في العمل أو في مكان العمل؟				

إذا كان لديك أكثر من صاحب عمل واحد،
يرجى إدراج ذلك في ورقة منفصلة وإرسالها بريدياً مع طلبك.

القسم ١١ معلومات الدعوى المدنية

إذا قررت رفع دعوى مدنية، فأنت مطالب طبقاً للقانون بإيلاء برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا خلال ٣٠ يوماً من رفع الدعوى

هل رفعت دعوى مدنية مرتبطة بهذه الجريمة أو تخطط لذلك				
اسم المحامي	الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم الأخير	الهاتف
العنوان البريدي	رقم واسم الشارع أو رقم صندوق البريد	العنوان ٢ (رقم الجناح)	المدينة	الولاية

طلبك لتعويض ضحية جريمة يكمل.

- بعد إدخال كل المعلومات المتاحة، قم بطباعة الطلب.
- قم بإرفاق نسخ عن أي وثائق تدعم طلبك لتعويض ضحية جريمة، بما في ذلك نسخ عن الفواتير المرتبطة بالجريمة، أو التأمين، أو أي أمر مرتبط بالجريمة. احتفظ بالوثائق الأصلية لسجلتك.
- يرجى قراءة الصفحة التالية بحرص، وتوقيعها وتوطين التاريخ عليها وإرسالها إلى العنوان المشار إليه أو تسليمها إلى مركز مساعدة الضحايا والشهود المحلي.
- سيقوم برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا بإرسال رسالة لك يقر فيها باستلام طلبك. ستشمل رسالة الإقرار معلومات إضافية حول المدافع المطلوبة في طلبك.
- يمكن أن يفصل بك مندوب عن برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا للحصول على المزيد من المعلومات إذا لم تكن قادراً على توفيرها مع طلبك.
- لأي أسئلة حول تعويض الضحايا، يمكنك الاتصال بمركز مساعدة الضحايا والشهود المحلي أو الاتصال ببرنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا على الرقم ١-٨٠٠-٧٧٧-٩٢٢٩.

ينبغي توقع هذه الصفحة وتدوين التاريخ

القسم ١٢ الإفصاح عن المعلومات

أنا أمتنع الآن لأي مزود رعاية صحية، أي مقدم فواتير طبية، أي مدير جنات أو أشخاص معاقين، أي صاحب محل، أي وكالة شرطة أو وكالة حكومية أخرى بما في ذلك وزارة العدل ودائرة الضمان الاجتماعي ومجلس ضرائب إمتياز الولاية وخدمة الإيرادات الداخلية الفيدرالية، أي شركة تأمين، أي شخص أو وكالة أخرى بتوفير المعلومات المتعلقة بهذا الطلب، بما في ذلك المعلومات الطبية (وتشمل دون حصر سجلات التاريخ الطبي أو الجسدي، تقارير الاستشارات، تقارير الباثولوجي، ملخصات الصرف، تقارير العمليات، تقارير الأشعة السينية وصور الأشعة الأخرى، تقارير المختبر، ملاحظات سجل المريض، التقارير السريرية، وسجلات الفواتير)، وسجلات الصحة النفسية، وسجلات إجازات الجنايات إلى مجلس تعويضات الضحايا في كاليفورنيا (CaIVCB) أو متوحيه بغرض تحديد الأهلية في منع برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا. وينطبق هذا الآن أيضًا على كل موارد استرداد الخسائر المخطط لها، بما فيها دون حصر المنافع الصحية أو الطبية، منافع البطالة أو العجز، منافع الضمان الاجتماعي (عجز الضمان الاجتماعي، دخل الضمان الاجتماعي، وأو التقاعد، بما في ذلك السجلات الطبية وأو سجلات الصحة النفسية المسجلة)، ومنافع المحاربين القدامى. كما أمتنع الآن بالإفصاح عن المعلومات الفيدرالية ومعلومات ضرائب الولاية، بما في ذلك مستندات الضرائب، بغرض التحقق من الدخل. وأتأثر بموجب هذا عن كل الامتيازات القانونية لأي من هذه المعلومات المطلوبة من قبل برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا فيما يتعلق بدعوى.

أنا أوافق على أن صورة ضوئية أو صورة فاكس عن هذا النموذج الموقع ستكون صالحة كإصلية. وأن توقيمي يمنح الآن بالإفصاح عن كل المعلومات المحددة.

أنا أوافق على أن بإمكان برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا أو متوحيه ملاحظة التعويض من المعدي المدان في هذا الشأن لاسترداد الأموال المدفوعة إلي من قبل برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا، وأتني بتقديم هذا الطلب قد سمحت باستخدام المعلومات في هذا الطلب وملائم الدعوى للخدمة للمطالبة بالتعويض من المعدي المدان.

للتحقق من هذا الطلب أو معالجته، أنا أوافق على أن بإمكان برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا أو متوحيه توفير معلومات حول هذا الطلب والمعلومات المضمنة في هذا الطلب وأي وكيل مذكور في هذا الطلب، وكالة حكومية، أو مزود رعاية صحية أو مزود خدمات آخر، وأن بإمكانه الدفع للمزود مباشرة إذا تمت الموافقة على الدفع مقابل هذه الخدمات.

أنا أوافق على أن بإمكانني إلغاء هذا التصريح في أي وقت. وينبغي أن يكون الإلغاء كتابيًا. وسري الإلغاء عند تلقي برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا له، ولكنني قد أعتبر غير مؤهل لمنافع برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا ما إن يستلم برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا الإلغاء. إلا أنه ليس لأي مزود رعاية صحية اشتراط العلاج، الدفع، المشاركة أو الأهلية المنافع بتوقيمي أو عدم توقيمي لهذا الآن. ويحق لي الحصول على نسخة من هذا الآن إلا في ظروف محدودة. وأنا أوافق أن من الممكن إعادة الإفصاح عن المعلومات المصاحبه عنها طبقًا لهذا الآن من قبل المتلقي طبقًا لما يتطلبه القانون، وأن إعادة الإفصاح هذه قد لا تعود محمية بالقانون الفيدرالي أو قانون الولاية.

أنا أوافق على أن الأوثان والالتزامات المضمنة هنا ستنهي صلاحيتها بعد عشر (١٠) سنوات من تاريخ توقيمي هذا النموذج.

التوقيع	التاريخ

(ينبغي على ولي الأمر أو الوصي التوقيع إذا كان الضحية قاصرًا أو فاقدًا للأهلية).

القسم ١٣ موافقتي لمجلس تعويضات الضحايا في كاليفورنيا

طبقًا لما يتطلبه قانون كاليفورنيا، استأصل مجلس تعويضات الضحايا في كاليفورنيا (CaIVCB) وأسد له في حال تقيت أنا أو أي شخص بالقبالة عن أي نفعات من المعدي، دعوى مدنية، بوليصة تأمين، أو أي جهة حكومية أو خاصة أخرى للخسائر التي جابت منها كنتيجة مباشرة للجرمة التي مثلت أساسًا لتلقي المنافع من برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا، وذلك بمقدار إجمالي المنافع التي قدمها برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا. وأنا أقيم أنني قد أكون مسؤولًا عن سداد برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا أي مبلغ يُحدد لاحقًا أنني لم أكن مؤهلًا له. وسأبلغ برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا في حال صحت مدعيتي لتعويض الضحايا في أي دعوى مرتبطة بهذه الجريمة أو إذا رفعت أي دعوى بتسلي.

سأستخدام أي أموال ألتقدا من برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا لتكاليف النقل/الانتقال، تحسن أمن المنزل، أو تعديل المنزل أو المركبة لصحة عاجزة لتلك الأغراض فقط إذا كنت أنا ضحية عنف منزلي لتلقي تكاليف النقل/الانتقال. فإن أبلغ المعدي بعنوان منزلي وإن أسمح للمعدي بدخول محل سكني في أي وقت، أو أطلب أمرًا بالنع من المعدي.

في حال تم تعويضني عن أي خسارة مالية من قبل برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا وتلقيت ولاية كاليفورنيا فيما بعد تعويضًا عن نفس الخسارة بالقبالة عن من مرتكب الجرم (بما في ذلك أي أموال تم تلقيها من خلال أمر بالتعويض) أو من أي مصدر آخر، فإتني بموجب هذا أقيم أني أوافق على منح كل الحقوق لمعدي كاليفورنيا لتعويض الضحايا ومجلس الدعوى الحكومي.

أنا أصرح تحت طائلة حنث اليمين طبقًا لقوانين ولاية كاليفورنيا أن كل المعلومات التي قمتها صافية وصحيحة وكاملة لأفضل علمي واعتقادي. وأنا أقيم أنني قد أعتبر غير مؤهل للمنافع، وأنه قد يتم اتخاذ إجراء لاسترداد المنافع التي ألتقها في حال قمت بمعلومات كاذبة أو غير مكتملة عن حد أو مضللة.

التوقيع	التاريخ

(ينبغي على ولي الأمر أو الوصي التوقيع إذا كان الضحية قاصرًا أو عاجزًا. عاملو المقاطعة الاجتماعيون، انظر القسم ١١٣)

الاسم بحروف الطباعة

القسم ١١٣ لاعلمي المقاطعة الاجتماعيين فقط

طبقًا لما يتطلبه قانون كاليفورنيا، مجلس تعويضات الضحايا في كاليفورنيا (CaIVCB) وإبلاغه إذا عرفت أن المدعي قد تلقى أي نفعات من المعدي، دعوى مدنية، بوليصة تأمين، أو أي أجهزة حكومية أو خاصة أخرى، للخسائر المكتبة كنتيجة مباشرة للجرمة التي مثلت أساسًا لتلقي المنافع من برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا.

أنا أصرح تحت طائلة حنث اليمين طبقًا لقوانين ولاية كاليفورنيا أن كل المعلومات التي قمتها صافية وصحيحة وكاملة لأفضل علمي واعتقادي. وأنا أقيم أن المدعي قد يُعتبر غير مؤهل للمنافع، وأنه قد يتم اتخاذ إجراء لاسترداد المنافع التي ألتقها المدعي في حال هم المدعي معلومات كاذبة أو غير مكتملة عن حد أو مضللة.

التوقيع	التاريخ

الاسم بحروف الطباعة

للمزيد من المعلومات، اتصل على:

١-٨٠٠-٧٧٧-٩٢٢٩

لنوى المشاكل السمعية، يرجى الاتصال بخدمة
التواصل في كاليفورنيا (٢١١)

أرسل الطلب المعالج بريندا إلى:

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

أو

سألمه إلى مركز مساعدة الضحايا والشهود المحلي

victims.ca.gov تساعد ضحايا الجرائم في كاليفورنيا منذ عام ١٩٦٥

إخطار الخصوصية بشأن تجميع المعلومات

١. يجمع مجلس تعويض الضحية والمطالبات الحكومية (CalVCP) هذه المعلومات استنادًا إلى بنود قانون حكومة كاليفورنيا ١٣٩٥٢ وما يليه و١٣٩٥٤.
٢. تخضع جميع المعلومات المجمعة من هذا الموقع إلى، على سبيل المثال لا الحصر، إلى قانون التعامل مع المعلومات. اطلع على <http://victims.ca.gov/media/pra.aspx>
٣. يتم تجميع هذه المعلومات لغرض تحديد أهلية تلقي التعويض.
٤. يجوز لمجلس تعويض الضحية والمطالبات الحكومية (CalVCP) الإفصاح عن معلوماتك الشخصية إلى مقدم طلب آخر، إذا احتسب تنفيذ ذلك طبقًا للقانون أو بحسن نية بعد هذا الإجراء ضروريًا للأسباب الآتية:
 - أ. الامتثال لأوامر القانون والالتزام بالإجراء القانوني المفروض على مجلس تعويض الضحية والمطالبات الحكومية (CalVCP) أو الموقع؛
 - ب. الحماية والدفاع عن حقوق وملكية مجلس تعويض الضحايا والمطالبات الحكومية (CalVCP).
 - ج. التصرف تحت الظروف القهرية لحماية السلامة الشخصية لمستخدمي CalVCP أو العامة.
٥. يجب على الأفراد تقديم المعلومات المطلوبة فقط.
٦. يُلزم تقديم هذه المعلومات.
٧. يمكن أن تؤدي عواقب عدم تقديم المعلومات المطلوبة إلى رفض الطلب.
٨. يحق لك الحصول على السجلات التي تتضمن المعلومات الشخصية التي قمت بها.
٩. يتم استخدام المعلومات المجمعة من خلال مجلس تعويض الضحايا والمطالبات الحكومية (CalVCP) لأي استفسارات بشأن المعلومات المجمعة، يُرجى المراسلة على العنوان التالي: PO Box 48, Sacramento, CA 95812، البريد الإلكتروني، info@victims.ca.gov، الاتصال على الرقم: ٧٧٧-٩٢٢٩ (٨٠٠)، أو التواصل مع منسق الخصوصية لدى مجلس تعويض الضحية والمطالبات الحكومية (CalVCP) على InfoSecurityandPrivacy@victims.ca.gov
١٠. لمزيد من المعلومات عن الخصوصية، يُرجى زيارة إشعار الخصوصية لمجلس تعويض الضحايا والمطالبات الحكومية (CalVCP). اطلع على <http://victims.ca.gov/privacy.aspx>
١٢. للمعلومات الخاصة بمعلومات العملاء عن الأمان، يُرجى زيارة <https://oag.ca.gov/privacy/online-privacy>