

申請犯罪被害人補償

第 1 部分: 原告

<p>必須針對每個尋求協助的人提出個別申請。 所有申請都必須完成第 1 部分。原告是因為犯罪而支付費用或尋求協助的人。如果您代表某人提出此申請，請在第 1 部分輸入其資訊並在第 3 部分輸入您的資訊。</p>	<p>慣用的口語語言</p> <p>慣用的書寫語言</p>
---	-------------------------------

名字 中間名 姓氏 性別

與被害人的關係 社會安全碼 (SSN) 無 SSN 出生日期

郵件地址

街道號碼及姓名或郵政信箱

從犯罪日期到現在，原告是否因犯下重罪而在監獄服刑、緩刑或假釋？

原告是否必須登記為性犯罪者？

地址 2 (公寓或單位號碼) 城市 州 郵遞區號

最佳聯繫電話 分機 電子郵件 電子郵件類型

如果您是代表暴力犯罪之未成年證人申請的家長/監護人，請核取此方塊。未成年證人僅符合接受心理健康治療的資格。原告是未滿 18 歲、接近暴力犯罪的證人，但不是犯罪被害人或是與被害人有關係。在剩餘的部分中提供可用的被害人、犯罪或其他資訊。

**如果您是成年被害人且費用是為您而提供，請跳至第 4 部分
若否，請繼續填寫第 2 部分**

第 2 部分: 犯罪被害人

犯罪被害人是因為犯罪受傷、威脅造成傷害或是遭到殺害的人員。

名字 中間名 姓氏 性別

社會安全碼 (SSN) 無 SSN 出生日期 如果被害人身亡，其死亡日期為

郵件地址

街道號碼及姓名或郵政信箱

從犯罪日期到現在，被害人是否因犯下重罪而在監獄服刑、緩刑或假釋？

被害人是否被要求註記為性侵犯？

地址 2 (公寓或單位號碼) 城市 州 郵遞區號

最佳聯繫電話 分機 電子郵件 電子郵件類型

**如果您是代表未成年人或是無行為能力的成人填寫此申請，請繼續進行第 3 部分
若否，請跳至第 4 部分**

第 3 部分: 家長或監護人 (申請者)

此部分適用於第 1 部分中所述未成年人或無行為能力成人之家長或監護人。

慣用的口語語言

請指出您與第 1 部分中所列人員的關係

慣用的書寫語言

名字 中間名

姓氏 出生日期 性別 社會安全碼 (SSN) 無 SSN

郵件地址

街道號碼及姓名或郵政信箱

從犯罪日期到現在，您是否因犯下重罪而在監獄服刑、緩刑或假釋？

您本人是否被要求註記為性侵犯？

地址 2 (公寓或單位號碼) 城市 州 郵遞區號

最佳聯繫電話 分機 電子郵件 電子郵件類型

請繼續填寫第 4 部分

第 4 部分: 關於費用的資訊

對於犯罪的被害人，他們可能使用下列福利。請檢查您要求的犯罪相關費用。請附上任何犯罪相關帳單的副本或清單。

醫療及/或牙科費用	心理健康治療	收入損失 (如果您因為犯罪而錯過工作)
搬家或重新安置費用	住家安全改善	住家或車輛修改 (適用於因為犯罪而失能的被害人)
工作再培訓 (適用於因為犯罪而失能的被害人)	犯罪場景清理	里程報銷或運輸成本

其他犯罪相關費用

對於犯罪被害人以外的某些人，他們可能使用下列福利。請檢查您要求的犯罪相關費用。請附上任何犯罪相關帳單的副本或清單。

對於暴力犯罪的未成年證人，只能使用心理健康福利。請繼續填寫第 5 部分。

心理健康治療	薪資損失 (如果未成年人死亡或住院，則賠償多達 30 天的薪資)	支持損失 (適用於身亡或失能被害人的受撫養者)
葬禮及/或下葬費用	犯罪場景清理	住家安全改善
身亡被害人的醫療費用		

緊急獎勵要求：

在特定情況下可申請緊急獎勵。如果您因為犯罪相關費用未能立即支付而遭遇艱鉅的財務困境，緊急獎勵則可用於支付犯罪相關費用重大困境代表您在支付犯罪相關帳單之後，沒有任何留下任何金錢可支付食物或租金等生活必需費用。一般而言，合格的緊急獎勵會在收到申請的 30 個日曆日之內支付。

我要提出緊急獎勵的要求。

第 5 部分: 犯罪資訊

執法機構名稱

向其報告犯罪的執法機構名稱

發生犯罪的日期

開始日期

結束日期

報告犯罪的日期

犯罪報告號碼

描述受傷情形

犯罪地點 (如果知情)

地址、十字路口、區域等

如果知情, 犯下罪行的人員 (嫌疑犯)

名字

中間名

姓氏

嫌疑犯未知

地址 2 (公寓或單位號碼)

城市

州

郵遞區號

縣

犯罪類型

第 6 部分: 代表資訊 (代表不需要申請被害人補償。)

此部分僅適用於代表, 包含被害人支持者和律師。被害人協助中心支持者僅需要提供電話、姓名、中心號碼、簽名和日期。律師則請完整填寫此部分。

請註明您與第 1 部分中所列人員的關係

如果其他, 請註明情況

名字

中間名

姓氏

電話號碼

分機號碼

公司機構名稱

郵寄地址

街道名稱、號碼或郵政信箱

地址 2 (公寓或單位號碼)

僅由被害人協助中心人員填寫

JP/VWC 號碼

城市

州名

郵遞區號

僅由律師填寫

稅籍號碼

州律師號碼

我依照政府法第 13957.7 (g) 條申請付款。

電話號碼

電子郵件

所有代表均須提供簽名和日期

代表的簽名

日期

第 7 部分: 您如何找到委員會的相關資訊?

執法機構

地方檢察官

醫療提供者

兒童保護服務

成人保護服務

心理健康提供者

被害人證人協助中心

媒體 (電視、廣播、報紙等)

佈告欄或海報

卡片或小冊子

其他

第 8 部分: 聯邦報告資訊

下列自願性資訊適用於收受補償的人員，且僅可用於統計用途以遵循聯邦法規。

種族：	美洲印第安人/阿 拉斯加原住民	亞裔	非裔美籍	西班牙/拉 丁美洲裔	夏威夷原住民 其他太平洋島民	白色非拉丁美洲/ 高加索人
			其他種族	多種族	拒絕說明	其他

被害人是否失能？

被害人在犯罪發生之前是否已失能？

第 9 部分: 保險資訊

請在以下列出您的保險資訊。加州被害人補償委員會(CalVCB) 是支付者的最後手段。我們可能會聯絡您的保險公司以作為潛在的償還來源。

我沒有任何種類的保險

健康保險

Medi-Cal 福利身分證號碼

核發日期

健康保險公司名稱

政策號碼

團隊號碼

電話

分機

郵件地址

街道號碼及姓名或郵政信箱

地址 2 (公寓或單位號碼)

城市

州

郵遞區號

被保險人姓名

名字

中間名

姓氏

您是否針對此犯罪行為提出
相關的保險索賠？

汽車/車輛保險 (包含汽車、卡車、摩托車、露營車、船、噴射滑橇、飛機等)

如犯罪行為涉及車輛 (包括遭車輛撞擊的行人)，請填寫下列欄位。

汽車保險公司名稱

保單號碼

電話

分機

郵件地址

街道號碼及姓名或郵政信箱

地址 2 (公寓或單位號碼)

城市

州

郵遞區號

被保險人姓名

名字

中間名

姓氏

您是否針對此犯罪行為為提出
相關的保險索賠？

其他保險

請核取可能適用於申請的任何其他保險來源

Medi-
Cal

Medicare

Workers'
Comp

其他

如果您有多個保險提供者，請使用另外一張紙列出提供者名稱並連同申請表一起郵寄。

第 10 部分: 雇主資訊

請列出被害人的雇主。如果您是因為未成年被害人住院或身亡而尋求薪資損失福利的家長/監護人，請列出您的雇主。

雇主的企業名稱	聯絡人 名字	姓氏	電話	分機	可以聯絡雇主？
---------	-----------	----	----	----	---------

郵件地址

街道號碼及姓名或郵政信箱	地址 2 (公寓或單位號碼)	城市	州	郵遞區號
--------------	----------------	----	---	------

被害人是自營業者？

被害人是否因為犯罪相關傷害而錯過工作？

犯罪是否發生於被害人的工作時間或工作場所？

如果您有多個雇主，請使用另外一張紙列出雇主名稱並連同申請表一起郵寄。

第 11 部分: 民事訴訟資訊

如果您決定要提起民事訴訟，則依照法律要求，您必須在提起訴訟的 30 天內通知 CalVCB。

您是否要提起或計劃提起與此犯罪相關的民事訴訟？

律師姓名

名字	中間名	姓氏	電話	分機
----	-----	----	----	----

郵件地址

街道號碼及姓名或郵政信箱	地址 2 (公寓或單位號碼)	城市	州	郵遞區號
--------------	----------------	----	---	------

您的犯罪被害人補償申請幾乎要完成了

- 輸入所有可用資訊之後，請列印申請表。
- 隨附可支持您對犯罪被害人補償申請之任何文件的副本，包含犯罪相關帳單、保險或犯罪任何相關事項的副本。儲存文件正本以供記錄留存。
- 請仔細閱讀下一頁並簽名和加註日期，然後寄送至指定地址或遞交至當地的被害人證人協助中心。
- CalVCB 會寄一封信給您，確認已收到您的申請表。確認信將包含與您申請表上要求之福利的其他資訊。
- 如果您未能在申請表中提供相關資訊，CalVCB 代表可能會聯絡您以取得其他資訊。
- 如有被害人補償的任何問題，您可以聯絡當地被害人證人協助中心或致電 CalVCB，電話號碼：1-800-777-9229。

必須在此頁面簽名和加註日期

第 12 部分: 資訊發佈

本人授權任何健康照護提供者；任何醫療帳單公司、任何殯儀員或類似人員、任何雇主、任何警察或其他政府機構 (包含司法部、社會安全署、州專屬權稅委員會和聯邦稅務局、任何保險公司；或任何其他人員或機構) 以便將與此申請相關的資訊，包含醫療 (包含但不限於歷史或實體記錄、諮詢報告、病理報告、出院摘要、手術報告、光和其他放射線報告、實驗室報告、圖表註記、陳述性報告和帳單記錄)、心理健康和重罪判決記錄提供給加州被害人補償委員會 (CalVCB) 或其代表，以便決定是否符合 CalVCB 福利的資格。此項權限也適用於申請損失的所有復原來源，包含但不限於健康或醫療福利、失業或失能福利、社會安全福利 (社會安全失能福利、社會安全補助及/或退休，包含支持的醫療及/或心理健康記錄) 及退伍軍人福利。我也授權發佈聯邦及州稅務資訊 (包含退稅) 以用於驗證收入金額。我在此免除關於本人申請，CalVCB 要求之此項資訊的所有法律權限。

我同意此簽名表單之影本或傳真和正本具有相同效力，而且我的簽名表示我允許發佈所有指定的資訊。

我同意 CalVCB 或其代表針對此事項向判決有罪之犯罪者尋求賠償，以要求 CalVCB 將費用歸還予我，且填寫此申請表，即表示我授權使用此申請表中的資訊並於之後提起申訴，對被判決有罪之犯罪者要求賠款。

為了驗證或處理此申請表，我同意 CalVCB 或其代表可能將此申請表的相關資訊和此申請表包含的資訊提供給此申請表上列出的任何代表、政府機構或健康照護提供者或服務的其他提供者，而且如果核准了這些服務的付款，則可直接支付給提供者。

我同意我可以隨時撤銷此授權。撤銷必須以書面方式進行。CalVCB 收到申請表時，撤銷便立即生效，但如果 CalVCB 收到撤銷，我可能會被視為不符合 CalVCB 福利的資格。但是，無論我是否在此授權上簽名，所有健康照護提供者均不得接受治療、付款、註冊或接受福利的資格。除了在有限的情況下，我有權獲得此授權的副本。我同意依據此授權披露的資訊可能由收受者依法再披露，而且這項再披露可能無法再受到聯邦法律或州法的保護。

我同意此處的授權及協議將於我簽署此表單之日起十 (10) 年後到期。

簽名者	日期
-----	----

(如果被害人是未成年人或無行為能力，則家長或監護人必須簽名。)

第 13 部分: 我同意接受加州被害人補償委員會

依據加州法律要求，如果我或代表我的任何人收到犯罪者、民事訴訟、保單或任何其他政府或私人實體對於因為犯罪直接後果而造成損失的任何付款 (依據 CalVCB 收到的福利)，我將會聯絡加州被害人補償委員會 (CalVCB) 並重新支付 CalVCB 補助的福利總金額。如果我稍後被判定不符合資格，我瞭解我可能要負責重新支付任何金額給 CalVCB。如果我聘請律師代表我進行與此犯罪相關的任何訴訟，或是我要自行進行訴訟，我會通知 CalVCB。

我從 CalVCB 收到且用於搬家/重新安置費用、為失能被害人改良住家安全性或修繕住家或汽車的任何金額，將僅能專款專用。如果我是收到搬家/重新安置費用的家庭暴力被害人，我不會將住家地址告知犯罪者，也不允許犯罪者在任何時間出現在住家附近，否則我將會對反罪者申請禁制令。

如果我獲得 CalVCB 和加州在之後代表我收到犯罪者 (包含透過歸還令收到的任何金額) 或任何其他來源之相同損失的補償而賠償予我的任何金錢損失，我在此指派「被害人補償及政府理賠委員會」處理此類重複補償的任何和所有權利。

本人在此宣示，就我所知和確信，以下資訊均真實、正確且完整，如有不實依照加州法律甘受偽證罪之罰。我瞭解我可能不符合接受福利的資格，而且如果我提供的資訊內容錯誤、蓄意不完整或誤導，則可能必須歸還福利金額。

簽名者	日期
-----	----

(如果被害人是未成年人或無行為能力，則家長或監護人必須簽名。郡的社工請參閱第 13a 部分。)

正楷姓名

第 13a 部分: 僅可由郡的社工填寫

依據加州法律要求，如果我知道原告收到犯罪者、民事訴訟、保單或任何其他政府或私人實體對於因為犯罪直接後果而造成損失的任何付款 (依據 CalVCB 收到的福利)，我將會聯絡加州被害人補償委員會 (CalVCB) 並通知 CalVCB。

本人在此宣示，就我所知和確信，以下資訊均真實、正確且完整，如有不實依照加州法律甘受偽證罪之罰。我瞭解原告可能不符合接受福利的資格，而且如果原告提供的資訊內容錯誤、蓄意不完整或誤導，則可能必須歸還福利金額。

簽名者	日期
-----	----

正楷姓名

將填妥的申請表寄至：

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

或是
遞交至當地的被害人證人協助中心

如需詳細資訊，請致電：

1-800-777-9229

聽覺功能受損人士，請致電加州殘障
轉接服務 (711)

victims.ca.gov 自 1965 年來便致力於協助加州犯罪被害人

資料收集相關之隱私權告知事項

1. CalVCB 依據加州政府法規第 13952 條及第 13954 條收集此份資料。
2. 所有由下列網頁收集之資料係基於，但不限於資料處理法案。請參見 <http://victims.ca.gov/media/pr.a.aspx>。
3. 收集此份資料之目的為確認補償資格。
4. CalVCB 僅在依法規定或是出於善意的要求下，才可能會披露您的個人資料給其他資料索取者。此善意要求必須：
 - a. 符合法律指令，或者遵照 CalVCB 或上列網頁的法定程序。
 - b. 保護和保障 CalVCB 的權益或財產；並且
 - c. 在緊急情況下行使，以保護 CalVCB 使用者的個人安全或公眾安全。
5. 申請人僅需提供要求的資料即可。
6. 提供該等資料為強制性要求，不得選擇。
7. 未提供所要求的完整資料，將導致申請被拒絕受理。
8. 申請人在提供個人資料後，有權查詢存取該資料的相關記錄。
9. 此份收集資料將用於加州被害人補償計委員會。
10. 任何有關此份資料的問題，請發送至下列郵寄地址或電子郵件地址：PO Box 48, Sacramento, CA 95812 / info@victims.ca.gov；或致電：(800) 777-9229；或聯絡 CalVCB 隱私權協調人員：InfoSecurityandPrivacy@victims.ca.gov。
11. 如需更多隱私權相關資訊，請參見 CalVCB 隱私權告知事項。網址：<http://victims.ca.gov/privacy.aspx>。
12. 如需瞭解客戶資料安全性的相關資訊，請造訪下列網站：<https://oag.ca.gov/privacy/online-privacy>。