

Հանցագործության զոհի փոխհատուցման դիմումումնազիր

Հատված 1 Հայցորդ

Անհրաժեշտ է լրացնել առանձին դիմումնազիր օգնություն հայցող յուրաքանչյուր անձի համար. Հատված 1-ը պարտադիր է լրացման՝ բոլոր դիմումների համար: Հայցորդը դա այն անձն է, որը ծախսեր է կրել կամ աջակցություն է հայցում հանցագործության արդյունքում: Եթե Դուք լրացնում եք տվյալ դիմումը որևէ մեկի անունից, ապա գրանցեք նրան վերաբերող տվյալները Հատված 1-ում, իսկ Ձեզ վերաբերող տվյալները՝ Հատված 3-ում:	Նախընտրած խոսակցական լեզուն՝ Նախընտրած գրավոր լեզուն՝
--	--

ԱՆՈՒՆ	ՀԱՅՐԱՆՈՒՆ	ԱԶԳԱՆՈՒՆ՝	ՍԵՌ
Ձեր հարաբերակցական կապը զոհի հետ	ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅՈՒՆ	Ոչ մի SSN	ԾՆՆԴՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎ

Փոստային հասցե

Փողոցի համար և անուն կամ Փոստարկդի համար	Օրվանից հանցագործության մինչև հիմա էր, հայցվորը է բանտում, փորձաշրջանի, պայմանական վաղաժամկետ կամ քաշեցինք կամ համայնքային վերահսկողության, քանի որ մի հանցագործության:	Արդյոք դա հնարավոր է, որ դատախազը արձանագրում սեռական հանցագործներին.	
2-րդ Հասցե (Բնակարան կամ բլոկ)	ՔԱՂԱՔ	ԵՐԿԻՐ	ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԻՆԴԵՔՍ՝
Հավագույն շփման հեռախոսահամար	Ներքին համար	ՔԱՂԱՔ	ՔԱՂԱՔ Type

Նշում կատարեք տվյալ աղյուսակում՝ եթե հանդիսանում եք Ծնող/Խնամակալ, որը դիմում է դաժան հանցագործության անչափահաս վկայի անունից. Անչափահաս վկաները ենթակա են միայն հոգեկան առողջության բուժման: Հայցվորը 18 տարեկանից ցածր է, դաժան հանցագործության անմիջական առնչությամբ վկա է, բայց չի հանդիսանում ոչ հանցագործության զոհ և չունի զոհի հետ հարաբերակցական կապ: Մյուս հատվածներում տրամադրեք զոհին, հանցագործությանը առնչվող կամ այլ տեղեկատվություն:

Եթե Դուք հանդիսանում եք չափահաս զոհ և ծախսերը Ձեզ համար են, ապա անցեք Հատված :ին-4 ից-2 Եթե ոչ, ապա շարունակեք Հատված

Հատված 2 Հանցագործության Չոհ

Հանցագործության զոհը, դա այն անձն է, որին զուս կամ զուսի սպառնալիք է հասցվել, կամ, որը սպանվել է հանցագործության հետևանքով:			
ԱՆՈՒՆ	ՀԱՅՐԱՆՈՒՆ	ԱԶԳԱՆՈՒՆ՝	ՍԵՌ
ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅՈՒՆ	Ոչ մի SSN	ԾՆՆԴՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎ	If victim is deceased, Ամսաթիվ of death

Փոստային հասցե

Փողոցի համար և անուն կամ Փոստարկդի համար	Հանցագործության ամսաթվից մինչև ներկա պահը, արդյոք չ զոհը գտնվել է բանտում, պայմանական ազատման կամ վաղաժամկետ ազատման մեջ՝ քրեական հանցագործության հետևանքով:	Արդյոք դա պահանջվում զոհին արձանագրել զոհին սեռական	
2-րդ Հասցե (Բնակարան կամ բլոկ#)	ՔԱՂԱՔ	ԵՐԿԻՐ	ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԻՆԴԵՔՍ՝
Հավագույն շփման հեռախոսահամար	Ներքին համար	ՔԱՂԱՔ	ՔԱՂԱՔ Type

ից-3 Եթե լրացնում եք տվյալ դիմումը անչափահաս կամ անաշխատունակ չափահասի անունից, ապա շարունակեք Հատված ին-4 Եթե ոչ, ապա անցեք Հատված

Հատված 3 Ծնող կամ Խնամակալ (Դիմող)

Այս Հատվածը Հատված 1-ում նշված անչափահասների կամ անաշխատունակ չափահասների ծնողների կամ խնամակալների համար է:

Խնդրում ենք նշել Ձեր հարաբերակցական կապը Հատված 1-ում նշված անձի հետ

Նախընտրած խոսակցական լեզուն՝

Նախընտրած գրավոր լեզուն՝

ԱՆՈՒՆ

ՀԱՅԴԱՆՈՒՆ

ԱԶԳԱՆՈՒՆ՝

ԾՆՆԴՅԱՆ ԱՄՄԱԹԻՎ

ՄԵՌ

ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅՈՒՆ

Ոչ մի SSN

Փոստային հասցե

Փողոցի համար և անուն կամ Փոստարկդի համար

Հանցագործության պատճառով մինչև ներկա պահը, արդյո՞ք Դուք գտնվել եք բանտում, պայմանական ազատման կամ վաղաժամկետ ազատման մեջ՝ քրեական հանցագործության հետևանքով:

Արդյոք դուք պահանջվում է արձանագրել, թե որքան եք սեռական հարձակման է ենթարկվել

2-րդ Հասցե (Բնակարան կամ բլոկ)

ՔԱՂԱՔ

ԵՐԿԻՐ

ՓՈՍՏԱՅԻՆ
ԻՆԴԵՔՍ՝

Լավագույն շփման
հեռախոսահամար

Ներքին համար

ՔԱՂԱՔ

ՔԱՂԱՔ Type

Շարունակեք Հատված 4-ից

Հատված 4 Ձեր ծախսերի վերաբերյալ տեղեկատվություն

Հանցագործության գոհի համար կարող են հասանելի լինել հետևյալ նպաստները. Խնդրում ենք նշել Ձեր կողմից հայցվող հանցագործությանը առնչվող ծախսերը: Խնդրում ենք կցել հանցագործությանը առնչվող հաշիվների կտրոնները կամ ցանկը.

Բժշկական և/կամ ատամնաբուժական ծախսեր

Հոգեկան առողջության բուժում

Եկամտի կորուստ (եթե հանցագործության հետևանքով բացակայել եք աշխատանքից)

Փոխադրման կամ տեղափոխության ծախսեր

Տան անվտանգության բարեկարգումներ

Տան կամ փոխադրամիջոցի ձևափոխություն (հանցագործության հետևանքով հաշմանդամ դարձած գոհի համար)

Աշխատանքի համար վերապատրաստություն (հանցագործության հետևանքով հաշմանդամ դարձած գոհի համար)

Հանցագործության վայրի մաքրություն

Մղոնային փոխհատուցում կամ ճանապարհածախս

Հանցագործությանը առնչվող այլ ծախսեր՝

Ոչ հանցագործության գոհ հանդիսացող որևէ մեկի համար կարող են հասանելի լինել ստորև նշված արտոնությունները. Խնդրում ենք նշել Ձեր կողմից հայցվող հանցագործությանը առնչվող ծախսերը: Խնդրում ենք կցել հանցագործությանը առնչվող հաշիվների կտրոնները կամ ցանկը.

Դաժան հանցագործության անչափահաս վկաների համար, հասանելի են միայն հոգեկան առողջության արտոնությունները: Անցեք հատված 5-ին:

Հոգեկան առողջության բուժում

Աշխատավարձի կորստի դեպքում (մինչև 30 օր անչափահասի մահվան կամ հիվանդանոց պատկելու պարագայում)

Աջակցության կորստի դեպքում (մահացած կամ հաշմանդամ դարձած գոհի խնամակալների համար)

Թաղման և/կամ հուղարկավորման ծախսեր

Հանցագործության վայրի մաքրություն

Տան անվտանգության բարեկարգումներ

Մահացած գոհի համար բժշկական ծախսեր

ԱՆՀԵՏԱԶԳԵԼԻ ՓՈԽՀԱՏՈՒՑՄԱՆ ՀԱՅՑ՝

Անհետաձգելի փոխհատուցման հայցը կարող է ներկայացվել որոշակի դեպքերում: Անհետաձգելի փոխհատուցումը կարող է վճարվել հանցագործությանը առնչվող ծախսերի համար, այն դեպքերում եթե Դուք կլրեք լուրջ ֆինանսական դժվարություններ, եթե այդ ծախսերը անմիջապես չվճարվեն: Զգալի դժվարություն նշանակում է, որ հանցագործությանը առնչվող հաշիվների վճարումից հետո, Դուք այլևս չեք ունենա որևէ գումար, այնպիսի կարիքների համար, ինչպես սնունդը կամ վարձակալությունը:

I am requesting an emergency award.

State of California

Զոհի փոխհատուցման խորհուրդ

Ձեզ՝ԱԹՈՒՂԹ VCGCB-VCP-005 (Rev. 0215/) [ARM]

Էջ 2 ից 7

Հատված 5 Հանցագործությանը վերաբերող տեղեկատվություն

Իրավապահ Մարմնի Անունը

ԻՐԱՎԱՊԱՀ ՄԱՐՄՆԻ ԱՆՈՒՆԸ, ՈՐԻՆ ՁԵԿՈՒՑՎԵԼ Է ՀԱՆՑԱԳՈՐԾՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ

Հանցագործության կատարման ամսաթիվը

թ.-ից

թ

ՀԱՆՑԱԳՈՐԾՈՒԹՅԱՆ ՁԵԿՈՒՑՄԱՆ
ԱՄՄԱԹԻՎԸ

ՀԱՆՑԱԳՈՐԾՈՒԹՅԱՆ
ՁԵԿՈՒՑՄԱՆ ՀԱՄԱՐԸ՝

ՆԿԱՐԱԳՐԵՔ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐԸ՝

Հանցագործության վայրը (եթե հայտնի է)

Address, Intersection, Area, etc.

Հանցագործություն կատարող անձը (կասկածյալը), եթե հայտնի է

ԱՆՈՒՆ

ՀԱՅՐԱՆՈՒՆ

ԿԱՍԿԱԾՅԱԼԸ
ԱՆՀԱՅՏ Է

ԱԶԳԱՆՈՒՆ՝

2-րդ Հասցե (Ste. #)

ՔԱՂԱՔ

ԵՐԿԻՐ

ՓՈՍՏԱՅԻՆ
ԻՆՂԵՔՍ՝

ՀԱՅՐԱՆՈՒՆ

ԱԶԳԱՆՈՒՆ

Հատված 6 Ներկայացուցչի Տեղեկատվություն (Ներկայացուցիչը գոհի փոխհատուցման համար դիմելու կարիք չունի):

Տվյալ Հատվածը միայն ներկայացուցիչների համար է, այդ թվում գոհի իրավապաշտպանների և իրավաբանների համար: Զոհերի Աջակցության Կենտրոնի (Victim Assistance Center) Իրավապաշտպաններին անհրաժեշտ է տրամադրել միայն հեռախոսահամարը, անունը, կենտրոնի համարը, ստորագրությունը և ամսաթիվը: Խնդրում ենք Իրավապաշտպաններին յուզնել այս Հատվածը ամբողջությամբ:

Խնդրում ենք նշել
հարաբերությունները անձի
թվարկված Բաժին 1

If Այլ՝ , please indicate:

ԱՆՈՒՆ

ՀԱՅՐԱՆՈՒՆ

ԱԶԳԱՆՈՒՆ՝

ՀԵՌԱԽՈՍԱՅԻՆ

Ներքին համար

ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅԱՆ ԱՆՈՒՆԸ՝

Փոստային հասցե

Փողոցի համար և անուն կամ Փոստարկղի համար

2-րդ Հասցե (Suite #)

անձնակազմ միայն օգնում տուժող կենտրոն

JP/VWC #:

ՔԱՂԱՔ

ԵՐԿԻՐ

ՓՈՍՏԱՅԻՆ
ԻՆՂԵՔՍ՝

Միայն փաստաբանների համար

Անել վճարման հարցումները, համաձայն ՀՀ
կառավարության օրենսգրքի 13957.7 (զ):

ՀԱՐԿԱՅԻՆ ID:

Պետական լիցենզիայի համարը

ՀԵՌԱԽՈՍԱՅԻՆ

ՔԱՂԱՔ

Բոլոր ներկայացուցիչների համար պարտադիր է ստորագրությունը և ամսաթիվը

Իրավապաշտպանի/Ներկայացուցչի ստորագրությունը՝

Ամսաթիվ

Հատված 7 Ինչպե՞ս եք Դուք իմացել ծրագրի մասին:

Օրենքի գործադրում

Համայնքային
իրավապաշտպան

Բժշկական ծառայությունների
տրամադրող

Երեխաների պաշտպանական
ծառայություններ

Զափահասների
Պաշտպանության
Ծառայություններ

Հոգեկան Առողջության
Տրամադրող

Զոհերի Վկաների Աջակցության
Կենտրոն (Victim Witness Assistance
Center)

Լրատվություն (Հեռուստատեսություն,
ռադիո, լրագիր և այլն)

Գովազդային վահանակ կամ
ազդարարագիր

Քարտ կամ բուկլետ

Այլ՝

Հատված 8 Ֆեդերալ Զեկուցային Տեղեկատվություն

Նա, համաձայն կամավոր տեղեկատվության, փոխհատուցում ստացող անձի համար է և օգտագործվում է միայն վիճակագրական նպատակներով՝ միմիայն Ֆեդերալ կարգավորումներին համապատասխանելու նպատակով:

Էթնիկական պատկանելիություն՝	Ամերիկյան հնդկացի	Ասիացի	Մևաժոկ/Աֆրոամերիկացի	Իսպանացի կամ լատինացի	Տեղացի հավայան կղզիների բնակիչ և այլ խաղաղօվկիանոսյան կղզու բնակիչ	Մայիտականաշկ ոչ լատինացի/Կովկասցի
			Այլ ռասայի	Բազմատեսակ ռասաներ	Բազմատեսակ ռասաների	Այլ՝
Արդյո՞ք գոհը հաշմանդամ է դարձել:	Արդյո՞ք գոհը հաշմանդամ էր դարձել նախքան հանցագործությունը:					

Հատված 9 Ապահովագրական Տեղեկատվություն

Խնդրում ենք ստորև ներկայացրեք Ձեր ապահովագրությանը վերաբերող տեղեկատվությունը: Կալիֆորնիայի Զոհերի Փոխհատուցման Ծրագիրը (California Victim Compensation Program (CalVCP)) հանդիսանում է վերջին հերթին վճարող: Մենք կարող ենք կապ հաստատել Ձեր ապահովագրական ընկերության հետ, որպես փոխհատուցման հավանական աղբյուր:

Ես չունեմ որևէ տեսակի ապահովագրություն

Առողջապահական Ապահովագրություն

Ոչ բժշկական օգուտ քարտ	Թողարկման ամսաթիվը				
ԱՌՈՂԶԱՊԱՀԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ԸՆԿԵՐՈՒԹՅԱՆ ԱՆՈՒՆԸ՝	ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՊՈԼԻՍԻ ՀԱՄԱՐԸ՝	ԽՄԲԻ ՀԱՄԱՐԸ՝	ՀԵՌԱԽՈՍԱՅԻՆ	Ներքին համար	

Փոստային հասցե

Փողոցի համար և անուն կամ Փոստարկղի համար	2-րդ Հասցե (բնակարան թիվ)	ՔԱՂԱՔ	ԵՐԿԻՐ	ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԻՆԴԵՔՍ՝
--	---------------------------	-------	-------	------------------

Փոստային հասցե

ԱՆՈՒՆ	ՀԱՅՐԱՆՈՒՆ	ԱԶԳԱՆՈՒՆ՝	Արդյո՞ք լրացրել եք ապահովագրության հայց՝ տվյալ հանցագործության հետ կապված:		
-------	-----------	-----------	--	--	--

Ավտոմեքենայի /Փոխադրամիջոցի Ապահովագրություն (Ներառում է, ավտոմեքենաներ, բեռնատարներ, մոտոցիկլետներ, բնակելի տափքով ավտոմեքենաներ, նավ, ջրային մոտոցիկլետ, ինքնաթիռ, և այլն)

Լրացրեք եթե հանցագործությունն իր մեջ ներառում է ներկայությունը մի մեքենայի, այդ թվում հետիոտնի վրաերթի են ենթարկել			ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՊՈԼԻՍԻ ՀԱՄԱՐԸ՝	ՀԵՌԱԽՈՍԱՅԻՆ	Ներքին համար
ԱՎՏՈՄԵՔԵՆԱՅԻ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ԸՆԿԵՐՈՒԹՅԱՆ ԱՆՈՒՆԸ					

Փոստային հասցե

Փողոցի համար և անուն կամ Փոստարկղի համար	2-րդ Հասցե (Suite #)	ՔԱՂԱՔ	ԵՐԿԻՐ	ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԻՆԴԵՔՍ՝
--	----------------------	-------	-------	------------------

Ապահովագրվածի անունը

ԱՆՈՒՆ	ՀԱՅՐԱՆՈՒՆ	ԱԶԳԱՆՈՒՆ՝	Արդյո՞ք լրացրել եք ապահովագրության հայց՝ տվյալ հանցագործության հետ կապված:		
-------	-----------	-----------	--	--	--

Այլ Ապահովագրություն

Խնդրում ենք նշել ցանկացած այլ ապահովագրական աղբյուրներ, որոնք կարող են կիրառվել Ձեր դիմումի նկատմամբ՝

Medi-Cal	Medicare	Workers' Comp	Այլ՝
----------	----------	---------------	------

Եթե Դուք ունեք մեկից ավելի ապահովագրող, ապա խնդրում ենք նշել առանձին թղթի վրա և ներկայացնել դիմումի հետ միասին:

Հատված 10 Գործատուի վերաբերյալ Տեղեկատվություն

Խնդրում ենք նշել գոհի գործատուին: Եթե Դուք հանդիսանում եք ծնող/ խնամակալ, որը ակնկալում է աշխատավարձի կորստի նպաստներ, անչափահաս երեխայի հիվանդանոցում պառկելու կամ մահանալու հետևանքով, ապա ներկայացրեք Ձեր գործատուին:

Կոնտակտային անձ

Գործատուի գործնական անունը	ԱՆՈՒՆ	ԱԶԳԱՆՈՒՆ՝	ՀԵՌԱԽՈՍԱՅԻՆ	Ներքին համար	OK to contact employer?
----------------------------	-------	-----------	-------------	--------------	-------------------------

Փոստային հասցե

Փողոցի համար և անուն կամ Փոստարկղի համար	2-րդ Հասցե (բնակարան թիվ)	ՔԱՂԱՔ	ԵՐԿԻՐ	ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԻՆԴԵՔՍ՝
--	---------------------------	-------	-------	------------------

Արդյո՞ք գոհը հանդիսանում է ինքնագրագ:

Արդյո՞ք գոհը բացակայել է աշխատանքից հանցագործության հետևանքով ստացված ֆասվաժքների հետևանքով:

Արդյո՞ք հանցագործությունը տեղի է ունեցել, երբ գոհը կատարում էր իր աշխատանքը կամ գտնվում էր իր աշխատանքի վայրում:

Եթե ունեք մեկից ավելի գործատու, ապա խնդրում ենք նշել առանձին թղթի վրա և ներկայացնել դիմումի հետ միասին:

Հատված 11 Քաղաքացիական Հայցին առնչվող Տեղեկատվություն

Նշում. Եթե որոշել եք ներկայացնել քաղաքացիական հայց, օրենքով սահմանված կարգով, ապա Դուք պետք է հայցի ներկայացումից 30 օրվա ընթացքում այդ մասին ծանուցեք CalVCP-ին

Արդյո՞ք ներկայացրել եք կամ ծրագրում եք ներկայացնել քաղաքացիական հայց՝ տվյալ հանցագործության առնչությամբ

Իրավաբանի անունը

ԱՆՈՒՆ	ՀԱՅՐԱՆՈՒՆ	ԱԶԳԱՆՈՒՆ՝	ՀԵՌԱԽՈՍԱՅԻՆ	Ներքին համար
-------	-----------	-----------	-------------	--------------

Փոստային հասցե

Փողոցի համար և անուն կամ Փոստարկղի համար	2-րդ Հասցե (բնակարան թիվ)	ՔԱՂԱՔ	ԵՐԿԻՐ	ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԻՆԴԵՔՍ՝
--	---------------------------	-------	-------	------------------

Հանցագործության գոհի փոխհատուցման Ձեր դիմումը գրեթե լրացված է

- Բոլոր հասանելի տեղեկատվությունը լրացնելուց հետո, տպել դիմումը:
- Կցեք Ձեր Հանցագործության գոհի փոխհատուցման դիմումին ուղեկցող ցանկացած փաստաթղթի կրկնօրինակները, ներառյալ հանցագործությանը առնչվող հաշիվները, ապահովագրությունը, կամ հանցագործությանը վերաբերող որևէ այլ բան: Փաստաթղթերի բնօրինակները պահպանեք Ձեզ համար:
- Խնդրում ենք ուշադրությամբ կարդացեք հաջորդ էջը, ստորագրեք և նշեք ամսաթիվը, և ուղարկեք այն նշված հասցեով կամ ներկայացրեք տեղամասային Զոհերի Վկաների Աջակցման Կենտրոն (Victim Witness Assistance Center):
- CalVCP-ը Ձեզ նամակ կուղարկի, ծանուցելու, որ Ձեր դիմումն ստացվել է: Ծանուցման նամակը կներառի Ձեր դիմումում հայցված նպաստների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկատվություն:
- CalVCP –ը ներակայացուցիչը կարող է կապ հաստատել Ձեզ հետ լրացուցիչ տեղեկատվության համար, եթե չեք կարդացել ներկայացնել այն Ձեր դիմումի հետ:
- Զոհի փոխհատուցմանը վերաբերող ցանկացած հարցով, Դուք կարող եք դիմել Զոհերի Վկաների Աջակցման տեղամասային Կենտրոն (Victim Witness Assistance Center) կամ զնազահարել CalVCP՝ 1-800-777-9229 հեռախոսահամարով:

Տվյալ էջը ՊեՏՔ Է ստորագրվի և թվագրվի

Հատված 12 Տեղեկատվության Հրապարակում

Ես թույլ եմ տալիս ցանկացած Առողջապահական խնամք տրամադրողին, ցանկացած բժշկական հաշիվ ներկայացնողին, թաղման բյուրոյի ղեկավարին կամ նմանտիպ անձին, գործատուին, ոստիկանությանը կամ կառավարական գործակալությանը, այդ թվում Արդարադատության վարչությանը, Սոցիալական Ապահովության Ծառայությանը (Social Security Administration), Վստահագրված Հարկերի Պետական Խորհուրդին (State Franchise Tax Board) և Ներքին եկամուտների Ֆեդերալ Ծառայությանը (Federal Internal Revenue Service), ցանկացած ապահովագրական ընկերությանը, կամ որևէ այլ անձին կամ գործակալությանը՝ Կալիֆորնիայի Զոհերի Փոխհատուցման Օրագրին (California Victim Compensation Program (CalVCP)) կամ նրա ներկայացուցիչներին տրամադրել ստորև դիմումին առնչվող տեղեկատվություն, այդ թվում բժշկական (ներառյալ, բայց չսահմանափակվելով առողջապահական գրանցումներով կամ պատմությամբ, կոնսուլտացիոն զեկույցներով, փսյալոգիական զեկույցներով, դուրս գրման եզրակացություններով, լաբորատոր զեկույցներով, գրաֆիկական նշումներով, պատմողական զեկույցներով և հաշվարկային զեկույցներով), հոգեբուժական առողջության և դատվածության վերաբերյալ զեկույցներ՝ CalVCP նպաստներին իմ իրավասությունը որոշելու նպատակով: Տվյալ թույլտվությունը նույնպես կիրառելի է հայցվող կորստի վերականգնման բոլոր աղբյուրների նկատմամբ՝ ներառյալ, բայց չսահմանափակվելով, առողջապահական կամ ծշկական նպաստներով, գործադրկության կամ հաշմանդամության նպաստներով, Սոցիալական Ապահովության նպաստներով (Սոցիալական Ապահովության հաշմանդամության, Լրացուցիչ ապահովության եկամուտ, և/կամ կենսաթոշակ, ներառյալ ուղեկցող բժշկական և/կամ հոգեկան առողջության վերաբերող զեկույցներ) և Վետերանի նպաստներ: Ես նույնպես տալիս եմ իմ թույլտվությունը ֆեդերալ և պետական հարկային տեղեկատվության հրապարակման համար, ներառյալ, հարկերի վերադարձի վերաբերյալ տեղեկատվությունը՝ եկամուտների հավաստագրման նպատակներով: Այսպիսով, ես չեղյալ եմ համարում որևէ իրավական արտոնությունները տվյալ տեղեկատվության նկատմամբ՝ որը պահանջվում է CalVCP-ի կողմից իմ հայցի շրջանակներում:

Ես համաձայն եմ, որ տվյալ ստորագրված ձևաթղթի կրկնօրինակը կամ ֆաքսը, ունի բնօրինակին հավասար գործողության ուժ, և իմ ստորագրությունը թույլատրում է վերը նշված ցանկացած տեղեկատվության հրապարակումը:

Ես համաձայն եմ, որպեսզի CalVCP-ը կամ նրա ներկայացուցիչները կարող են փոխհատուցում հետապնդել դատապարտյալից տվյալ գործով, CalVCP-ի կողմից ինձ վճարված գումարի վերադարձի նպատակով և, որ տվյալ դիմումը ներկայացնելով ես լիազորում եմ տվյալ դիմում ներկայացված տեղեկատվության օգտագործումը և հաջորդական հայցադիմումները՝ դատապարտյալից կորստի փոխհատուցումը հետապնդելու նպատակով: Տվյալ դիմումը հավաստելու և ընթացք տալու համար, ես համաձայն եմ, որպեսզի CalVCP-ը կամ նրա ներկայացուցիչը կարողոնա տվյալ դիմումին առնչվող , և նրանում պարունակվող տեղեկատվությունը տրամադրել, դիմում վճարած ցանկացած ներկայացուցիչ, պետական գործակալությանը, կամ առողջապահական խնամք կամ որևէ այլ ծառայություն տրամադրողին, և կարող է ամսիջապես վճարել այդ ծառայությունները տրամադրողին, եթե այդ վճարները հաստատված են:

Ես համաձայն եմ, որ կարող եմ ցանկացած պահին չեղյալ համարել տվյալ լիազորությունը: Տվյալ գործողությունը պետք է կատարվի գրավոր հիմունքով: Այն ուժի մեջ կմնի CalVCP-ի կողմից ստանալու պահին, սակայն ես կարող եմ ոչ իրավասու ճանաչվել CalVCP-ի նպաստների նկատմամբ՝ CalVCP-ի կողմից տվյալ լիազորությունների չեղյալ համարելու հայտը ստանալու պահից: Անուամենայնիվ, ոչ մի առողջապահական խնամք տրամադրող չի կարող պայմանավորել իր բոլորումը, վճարները, նպաստների իրավասությունը իմ կողմից տվյալ լիազորությունը ստորագրելու փաստով: Ես իրավունք ունեմ տվյալ լիազորության կրկնօրինակի, բացառությամբ սահմանափակ դեպքերի: Ես համաձայն եմ, որ տվյալ լիազորության շրջանակում բացահայտված տեղեկատվությունը կարող է վերստին բացահայտվել ստացողի կողմից՝ ըստ օրենքի պահանջի և տվյալ վերաբացահայտումը այլև չի կարող պաշտպանված լինել ֆեդերալ կամ պետական օրենքով:

Ես համաձայն եմ, որ ներկայված լիազորությունները և համաձայնությունները կկորցնեն իրենց ուժը, տվյալ ձևաթուղթը իմ կողմից ստորագրելու ամսաթվից 10 տարի անց:

Ստորագրված՝	Ամսաթիվ
-------------	---------

(Անչափահաս կամ անաշխատունակ զոհի դեպքում պետք է ստորագրվի ծնողի/խնամակալի կողմից):

Հատված 13 Իմ Համաձայնությունը Կալիֆորնիայի Զոհերի Փոխհատուցման Օրագրին

Ինչպես պահանջվում է Կալիֆորնիայի օրենքով, ես կապ կհաստատեմ և կփոխհատուցեմ Կալիֆորնիայի Զոհերի Փոխհատուցման Օրագրին (California Victim Compensation Program), եթե ես, կամ իմ անունից որևէ մեկը, դատապարտյալից, քաղաքացիական դատական վարույթից, ապահովագրական ծրագրից կամ որևէ այլ պետական կամ մասնավոր մարմնի կողմից որևէ վճարում՝ ստանա, որպես հանցագործության անմիջական հետևանքներից կրած վնասների դիմաց՝ ինչը հանդիսանում է CalVCP-ի կողմից փոխհատուցում ստանալու հիմք. CalVCP-ի կողմից տրված ընդհանուր նպաստների գումարի չափով: Ես հասկանում եմ, որ կարող եմ պատասխանատու լինել CalVCP-ին փոխհատուցելու ցանկացած գումար, որի համար, ինչպես հետագայում կպարզվի, ես իրավասու չեմ: Ես CalVCP-ին կծանուցեմ, իմ շահերը տվյալ գործով ներկայացնելու նպատակով որևէ իրավապաշտպանի վարձելու վերաբերյալ, և ինքնուրույն որևէ գործողություն ծավալելու դեպքում:

CalVCP-ից կողմից փոխադրման կամ տեղափոխության, տան անվտանգության պայմանների բարելավման, կամ հաշմանդամ զոհի կարիքների համար տան կամ ավտոմեքենայի ձևափոխության նպատակներով ստացված որևէ գումար՝ կօգտագործվի միմիային նշված նպատակներով: Եթե ես հանդիսանում եմ ընտանեկան բռնության զոհ, ստանալով փոխադրման կամ տեղափոխության ծախսեր, ես չեմ տեղեկացնի դատապարտյալին իմ տան հասցեն և չեմ թույլ տա նրան մուտք գործել այնտեղ, կամ ես կպահանջեմ սահմանափակվող կարգ հաստատել դատապարտյալի նկատմամբ:

Այն դեպքում, եթե ես որևէ դրամական կորստի փոխհատուցում ստանամ CalVCP-ի կողմից, և Կալիֆորնիայի նահանգը հետագայում փոխհատուցում ստանա միևնույն կորստի համար իմ անունից՝ իրավագաճն անձի կողմից (այդ թվում փոխհատուցման կարգով ստացված ցանկացած գումար) կամ որևէ այլ աղբյուրից, ես ստորև շնորհում եմ նման կրկնակի փոխհատուցման նկատմամբ բոլոր իրավունքները Զոհերի Փոխհատուցման և Պետական Հայծերի Խորհրդին (Victim Compensation and Government Claims Board):

Կալիֆորնիայի օրենքով՝ պատժամիջոցի ենթարկվելու կամ երդուժազանցության գիտակցմամբ, ես հայտարարում եմ, որ իմ կողմից ներկայացված ցանկացած տեղեկատվություն ճշմարտացի է, ճիշտ և ամբողջական՝ համաձայն իմ կողմից ունեցած տվյալների և հավաստիքի: Ես հասկանում եմ, որ կարող եմ ոչ իրավասու ճանաչվել, և որ կարող եմ գործողություններ կիրառվել իմ կողմից ստացված նպաստների փոխհատուցման նկատմամբ, իմ կողմից կեղծ, մտադրված ոչ ամբողջական կամ մոլորեցնող տեղեկատվություն տրամադրելու դեպքում:

Ստորագրված՝	Ամսաթիվ
-------------	---------

(Անչափահաս կամ անաշխատունակ զոհի դեպքում պետք է ստորագրվի ծնողի/խնամակալի կողմից: Համայնքի սոցիալական ծառայության աշխատակիցները տեսնում են 13a Հատվածը):

Տպված Անունը՝

Հատված 13a Միայն Համայնքի Սոցիալական Ծառայության Աշխատակիցների համար

Ինչպես պահանջվում է Կալիֆորնիայի օրենքով, ես կապ կհաստատեմ և կտեղեկացնեմ Կալիֆորնիայի Զոհերի Փոխհատուցման Օրագրին (California Victim Compensation Program (CalVCP)), դատապարտյալից, քաղաքացիական դատական վարույթից, ապահովագրական ծրագրից կամ որևէ այլ պետական կամ մասնավոր մարմնից հայցորդին տրված որևէ վճարների վերաբերյալ, որը նա ստացել է որպես հանցագործության անմիջական հետևանքներից կրած վնաս՝ ինչը հանդիսանում է CalVCP-ի կողմից փոխհատուցում ստանալու հիմք: Կալիֆորնիայի օրենքով՝ պատժամիջոցի ենթարկվելու կամ երդուժազանցության գիտակցմամբ, ես հայտարարում եմ, որ իմ կողմից ներկայացված ցանկացած տեղեկատվություն ճշմարտացի է, ճիշտ և ամբողջական՝ համաձայն իմ կողմից ունեցած տվյալների և հավաստիքի: Ես հասկանում եմ, որ հայցորդը կարող է ոչ իրավասու ճանաչվել, և որ կարող եմ գործողություններ կիրառվել հայցորդի կողմից ստացված նպաստների փոխհատուցման նկատմամբ, նրա կողմից կեղծ, մտադրված ոչ ամբողջական կամ մոլորեցնող տեղեկատվություն տրամադրելու դեպքում:

Ստորագրված՝	Ամսաթիվ
-------------	---------

Տպված Անունը՝

Փոստով ուղարկեք լրացված դիմումը՝

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

կամ
ներկայացրեք Զոհերի Վկաների Աջակցման Կենտրոն (Victim Witness Assistance Center)

victims.ca.gov Օգնելով Կալիֆորնիայի հանցագործության զոհերին 1965թ-ից ի վեր

Լրացուցիչ տեղեկատվության համար զանգահարեք՝

1-800-777-9229

Լսողության խնդիրների դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել California Relay Service-ին 711 հեռախոսահամարով:

Գաղտնիության ծանուցում բազմաթիվ տեղեկությունների

1. CaLVCB Այս տեղեկատվությունը հավաքագրվում է հիման վրա Կալիֆոռնիայի նահանգի օրենսգրքի բաժինների 13952 et seq. Եւ 13954.
2. Ամբողջ տեղեկատվությունը հավաքագրվել այս կայքում ենթակա է, եւ չի սահմանափակվում, տեղեկատվական պրակտիկան Ակտ. Ստուգել դուրս <http://victims.ca.gov/media/pra.aspx>.
3. Սույն տեղեկատվությունը հավաքագրվում է որոշելու նպատակով իրավունակությունը փոխհատուցման համար.
4. CaLVCB կարող են բացահայտել Ձեր անձնական տեղեկատվությունը դիմողի մյուսը, միայն այն դեպքում, եթե խնդրել է անել օրենքով կամ բարեխղճորեն որ նման գործողությունը անհրաժեշտ է:
 - a. Համահունչ օրենքի կամ համապատասխանի իրավական գործընթացի ծառայել CaLVCB կամ կայքում;
 - b. Պաշտպանել իրավունքները կամ գույքը CaLVCB. Եւ,
 - c. Ակտի տակ արտակարգ պաշտպանել անձնական անվտանգությունը օգտագործողների CaLVCB հանգամանքների, կամ հասարակությանը.
5. Ֆիզիկական անձինք կարող են տրամադրել միայն պահանջվող տեղեկությունները:
6. տրամադրված տեղեկատվությունը պարտադիր է:
7. հետեւանքները չեն տրամադրելու պահանջվող տեղեկատվությունը կարող է հանգեցնել չեղյալ ձեր դիմումը:
8. Դուք իրավունք ունեք մատչելիության գրառումների պարունակող անձնական տեղեկությունները, որ դուք տրամադրված.
9. Տեղեկատվությունը հավաքագրվում է օգտագործվում է Կալիֆոռնիայի Զոհերի Փոխհատուցման Ծրագիր:.
10. հարցեր, կապված տեղեկատվությունը հավաքագրված, խնդրում ենք գրել հետեւյալ հասցեով: PO Box 48, Sacramento, CA 95812, էլ-փոստ info@victims.ca.gov, զանգահարել (800) 777-9229, կամ դիմել է CaLVCB Գաղտնիության համակարգող Infosecurity եւ InfoSecurityandPrivacy@victims.ca.gov.
11. Լրացուցիչ տեղեկությունների վերաբերյալ գաղտնիության, խնդրում ենք CaLVCB Գաղտնիության Ծանուցումը: Տես <http://victims.ca.gov/privacy.aspx>.
12. տեղեկությունների վերաբերյալ Սպառողի տեղեկացում անվտանգության համար, խնդրում ենք այցելել <https://oag.ca.gov/privacy/online-privacy>.