



犯罪受害者賠償申請表

所有申請均需填寫第 1 部分。如您代表他人提出申請, 請在第 1 部分填入其資訊, 並在第 3 部分填入您的資訊。請使用正楷填寫, 並完成所有適用之部分。

如您是暴力犯罪未成年證人的父母/監護人並代為其申請, 請勾選此框。未成年證人僅可獲得心理健康治療。索賠人未滿 18 歲, 處於暴力犯罪現場附近, 但並非犯罪受害者或與受害人相關。請在所有部分提供相關受害人、犯罪或其他訊息。

A -

示例:

名:

F i r s t

姓:

L a s t

第 1 部分 索賠人

所有申請均需填寫第 1 部分
每一位尋求援助者必須單獨提交一份申請

索賠人指因犯罪產生費用或尋求援助的人。

名:

姓:

出生日期 (月/日/年):

性別: 男 女

與受害人之關係: 本人 其他 如為其他, 請說明:

從犯罪發生日至今, 索賠人是否曾因重罪入獄、緩刑、假釋、或獄外社區監管?

是
 否

索賠人是否被要求登記為性犯罪者? 是
 否

郵寄地址:

街道號和名或信箱號:

城市:

州:

郵編:

住宅電話:

工作電話:

分機號

手機號:

郵箱:

如您是成年受害者, 費用由您承擔, 請跳轉至第 4 部分。如不是, 請繼續第 2 部分

E
N
G

更多資訊請致電: 1.800.777.9229

聽障人士請致電
加州中繼服務部 (711)

www.victims.ca.gov

請將填寫完整之申請表郵寄至:

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

或交予當地
受害者證人援助中心

第 2 部分 犯罪受害者

犯罪受害者是指因犯罪受傷、受到傷害威脅或死亡的人。

名：

姓：

出生日期（月/日/年）：

 / /

從犯罪發生日至今，**受害者**是否曾因
重罪入獄、緩刑、假釋、或獄外社區
監管？ 是 否

性別： 男 女

郵寄地址：

街道號和名或信箱號：

城市：

住宅電話：

 - -

手機號：

 - -

如受害者去世，死亡日期是：

中間名：

社會安全號碼：

 - -

受害者是否有社會安全號碼 是 否

受害者是否被要求登記為性犯
罪者？ 是 否

地址 2（公寓或單元號）：
 / /

州：

郵編：

工作電話：

 - -

分機號

郵箱：

如您代表未成年人或無行為能力之
成年人，請繼續填寫第 3 部分
如不是，請跳至第 4 部分

第 3 部分 父母或監護人（申請人）

本部分適用於第 1 部分所列未成年人或無行為能力人之父母或監護人。

與第 1 部分所列人員的關係：

父母 監護人 社會工作者 其他，請說明：

名：

姓：

出生日期（月/日/年）：

 / /

性別：

M F

從犯罪發生日至今，**您**是否曾因重罪
入獄、緩刑、假釋、或獄外社區監管？ 是 否

郵寄地址：

街道號和名或信箱號：

城市：

住宅電話：

 - -

手機號：

 - -

工作電話：

 - -

Ext.

郵箱：

中間名：

社會安全號碼：

 - -

您是否有社會安全號碼？ 是 否

您是否被要求登記為性犯罪者 是 否

地址 2（公寓或單元號）：

州：

郵編：

第 6 部分 代理人訊息 (不需要代理人申請受害者賠償。)

本部分僅適用於代理人。受害者證人援助中心宣導專員僅需要提供電話、姓名、中心編號、簽字及日期。所有其他代理人，請完整填寫本部分內容。

名：

中間名：

姓：

電話：
 - -

請說明您與第 1 部分所列人員的關係：

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 律師 | <input type="checkbox"/> 受害者證人宣導專員 | <input type="checkbox"/> 基於社區的宣導專員 |
| <input type="checkbox"/> 配偶 | <input type="checkbox"/> 父母 | <input type="checkbox"/> 家庭成員 |
| <input type="checkbox"/> 朋友 | <input type="checkbox"/> 其他：_____ | |

郵寄地址：

街道號和名或信箱號：

地址 2 (房號)：

城市：

州： 郵編：

組織名稱：

代理人簽字：

日期：

受害者證人援助重心名稱：

JP/VWC #：

僅限於律師：

州律師編號： 聯邦稅號：

您是否按照《政府法典》(Government Code) 第13957.7 (g) 節申請費用？
 是 否

電話：
 - -

郵箱：_____

第 7 部分 您如何獲知受害者賠償委員會

- | | | |
|---------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 執法部門 | <input type="checkbox"/> 兒童保護服務 | <input type="checkbox"/> 心理健康提供者 |
| <input type="checkbox"/> 地方檢察官 | <input type="checkbox"/> 成人保護服務 | <input type="checkbox"/> 受害者證人援助中心 |
| <input type="checkbox"/> 醫療提供者 | <input type="checkbox"/> 媒體 (電視、廣播、報紙等) | <input type="checkbox"/> 看板或海報 |
| <input type="checkbox"/> 卡片或小冊子 | <input type="checkbox"/> 其他：_____ | |

第八部分 聯邦

以下自願訊息適用於賠償領取人，僅用於統計目的以遵守聯邦法規。

- 種族：
 非裔美國人 亞裔、太平洋島民 西班牙裔
 白種人 美洲原住民 其他：_____
- 受害者是否殘疾？ 是 否
 受害者在犯罪後是否殘疾？ 是 否

第 9 部分 保險訊息

請勾選所有適用於您索賠的可用來源。加州受害者賠償委員會 (CalVCB) 是最後付款人。我們可聯繫您的保險公司作為潛在報銷者。請在下方或另附頁列出保險聯繫人訊息。

醫療
 Medi-Cal
 Medicare
 機動車/汽車
 勞工賠償
 房主/出租人
 無
 其他: _____

醫療保險

MEDI-CAL 福利身份卡號:

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

發放日期:

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

保險公司名稱:

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

電話:

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

郵寄地址:

街道號和名或信箱號:

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

地址 2 (房號):

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

城市:

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

州:

--	--	--	--

郵編:

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

被保險人姓名:

名:

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

中間名:

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

姓:

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

組編號:

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

保單號:

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

您是否已經提出與此犯罪有關之保險索賠?

是
 否
 未定

機動車/汽車保險 (包括汽車、卡車、摩托車、房車、船、摩托艇、飛機等)

如犯罪涉及車輛, 包括車輛撞擊行人, 請填寫以下訊息。

保險公司名稱:

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

電話:

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

郵寄地址:

街道號和名或信箱號:

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

地址 2 (房號):

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

城市:

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

州:

--	--	--	--

郵編:

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

被保險人姓名:

名:

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

中間名:

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

姓:

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

組編號:

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

保單號:

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

您是否已經提出與此犯罪有關之保險索賠?

是
 否
 未定

第 10 部分 雇主訊息

請列出受害者雇主。如果您是未成年受害人父母/監護人，因其去世或住院尋求工資損失福利，請列出您的雇主。

雇主企業名：

聯繫人：

名：

可以聯繫雇主嗎？

是 否

姓：

電話：
 - -

郵寄地址：

街道號和名或信箱號：

地址 2（公寓或房號）：

城市：

州：

郵編：

受害者現在或曾經是個體經營嗎？ 是 否

受害者是否因犯罪相關傷害而誤工？ 是 否

犯罪是否當受害者在工作或處於工作場所時發生？ 是 否

第 11 部分 民事訴訟訊息

您是否已經或計畫提起與此犯罪有關之民事訴訟？ 是 否

注：如您決定提起民事訴訟，您需要在提起訴訟後 30 天內通知 CalVCB。

律師姓名：

名：

中間名：

姓：

電話：
 - -

郵寄地址：

街道號和名或信箱號：

地址 2（房號）：

城市：

州：

郵編：

您的犯罪受害者賠償申請表已基本完成

- ▶ 列印申請表，然後填入所有可用訊息。
- ▶ 隨附支持您犯罪受害者賠償申請的任何檔副本，包括犯罪相關的帳單、保險、或任何與犯罪有關之事宜副本。保留檔原件，以備存檔。
- ▶ 請仔細閱讀下頁內容，簽名並注明日期。將此表寄送至指定地址或交予當地受害者證人援助中心。
- ▶ 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 代表可聯繫您以獲得其他資訊。
- ▶ 有關受害者賠償之任何疑問，您可聯繫當地受害者證人援助重心或致電 CalVCB，電話：1-800-777-9229。

本頁必須簽字並注明日期

第 12 部分 訊息披露

我允許任何醫療保健提供者、任何醫療帳單開具人；任何喪葬承辦人或類似人員；任何雇主；任何員警或其他政府機構，包括司法部、社會保障局、州稅務局（State Franchise Tax Board）及聯邦國稅局（Federal Internal Revenue Service）；任何保險公司；或其他任何個人或機構，向 CalVCB 或其代表提供與本申請相關之訊息，包括醫療（包括但不限於病史或健康記錄、資訊報告、病理報告、出院總結、手術報告、X光和其他放射檢查報告、實驗室報告、圖表注釋、陳述式報告及帳單）、心理健康和重罪定罪記錄，用於確定是否符合 CalVCB 福利之資格。該許可也適用於索賠損失之所有追償來源，包括但不限於健康或醫療福利、失業或殘疾福利、社會保障福利（社會保障殘疾、補充保障收入、和/或退休，包括支持醫療和/心理健康記錄）及退伍軍人福利。此外，我允許披露聯邦和州稅務訊息，包括納稅申報，以核實收入。我在此放棄 CalVCB 要求的有關本人索賠之任何訊息之法律特權。

我同意，此經簽名申請表之影本或傳真件與原件具有同等效力，我簽名即表示允許披露所有制定訊息。

我同意，CalVCB 或其代表可就此事向被定罪之罪犯尋求賠償，以追回 CalVCB 支付給我的款項；且提交此申請即表明我已授權使用本申請表和後續索賠檔中之資訊以向被定罪之罪犯追償。

為了驗證或處理本申請，我同意 CalVCB 或其代表可向本申請中指定代表、政府機構、醫療保健提供者或其他服務提供者提供有關本申請之資訊及本申請中所含之資訊，且如果此類服務之款項獲批，可直接向提供者付款。

我同意，我可以隨時撤銷此授權。撤銷必須採用書面形式。撤銷將自 CalVCB 收到後生效，但一旦 CalVCB 收到撤銷通知，我可能被認為沒有資格獲得 CalVCB 福利。

但是，任何醫療保健提供者均不得以我是否簽署本授權為條件來限制治療、付款、招募或獲得福利之資格。除有限之情況下，我有權獲得本授權書之副本。我同意，本授權下披露之資訊可由接收者按照法律要求再次披露，且再次披露可能不再受聯邦和州法律保護。

我同意，本申請表中之授權和許可將在本人簽署本申請表之日後十（10）年到期。

簽名:	日期:
-----	-----

（如果受害者未成年或無行為能力，其父母或監護人必須簽字。）

第 13 部分 與加州受害者賠償委員會之協定

根據加州法律要求，如果我或代表我之任何人就犯罪而遭受的直接損失收到罪犯、民事訴訟、保單或任何其他政府或私人實體的任何款項，且該犯罪是從 CalVCB 獲得福利之基礎，我將聯繫並償還 CalVCB 曾撥付之福利總額。我瞭解，我可能需要償還 CalVCB 之後確定我沒有資格領取之任何金額。如果我聘請律師代表我參與任何與此犯罪相關之行動或我本人採取任何行動，我將通知 CalVCB。

我從 CalVCB 收到的用於搬遷/安置費用、改善住宅安全或為殘疾受害者改裝房屋或車輛的任何款項將僅用於此類目的。如果我是一名家庭暴力受害者並收到搬遷/安置費用，我不會告訴罪犯本人之家庭地址，且不允許罪犯在任何時候進入住所，否則我將尋求針對罪犯之限制令。

如果我自 CalVCB 獲得任何財產損害賠償，且加州之後代表我從罪犯處（包括通過賠償令收到的任何款項）或從任何其他來源獲得相同損失之賠償，我特此將此類重複賠償之任何及所有權力轉讓給 CalVCB。

我聲明，根據加州法律偽證處罰之規定，我所提供的所有資訊據我瞭解和知悉均真實、正確且完整。我瞭解，如果我所提供之資訊虛假、故意不完整或有誤導性，我可能被發現沒有資格獲得福利，且可能採取行動收回我所收到之福利。

簽名:	日期:
-----	-----

（如果受害者未成年或無行為能力，其父母或監護人必須簽字。縣社會工作者，見第 13a 部分）

正楷姓名:

第 13a 部分 僅限縣社會工作者

根據加州法律規定，如果我瞭解到就犯罪而遭受之直接損失索賠人從罪犯、民事訴訟、保單或任何其他政府或私人實體收到任何款項，且該犯罪是從 CalVCB 獲得福利之基礎，我將聯繫並通知 CalVCB。

我聲明，根據加州法律偽證處罰之規定，我所提供的所有資訊據我瞭解和知悉均真實、正確且完整。我瞭解，如果索賠人所提供之資訊虛假、故意不完整或有誤導性，索賠人可能被發現沒有資格獲得福利，且可能採取行動收回索賠人所收到之福利。

簽名:	日期:
-----	-----

正楷姓名:

請將填寫完整之申請表郵寄至：
Victim Compensation Board
PO Box 3036, Sacramento, CA 95812-3036

- 或 -
交予當地受害者證人援助中心

更多資訊，請致電：

1-800-777-9229

聽障人士，請致電
加州中繼服務部 (711)

自1965，為加州犯罪受害者提供幫助 www.victims.ca.gov

資訊採集隱私聲明

1. CalVCB 根據加州法典第13952節及以下內容及第13954節採集此諮詢。
2. 從本網站所採集之所有資訊均受但不限於《資訊實踐法》，見 <http://victims.ca.gov/media/pr.a.aspx>.
3. 採集此資訊是為了確定獲得賠償之資格。
4. CalVCB 可向另一請求者披露您的個人資訊，但前提是按照法律要求或出於善意，此行為在以下情況是必須的：
 - a. 遵守法律法令或遵守 CalVCB 或網站送達之法律程式；
 - b. 保護並捍衛 CalVCB 之權力或財產；且
 - c. 在緊急情況下採取行動，保護 CalVCB 用戶或公眾之人身安全。
5. 個人僅提供所要求之資訊。
6. 所提供之資訊是強制性的。
7. 未能提供所要求之資訊可能導致您的申請被拒絕。
8. 您有權訪問包含您所提供之個人資訊之記錄。
9. 所採集之資訊供 CalVCB 使用。
10. 有關採集資訊之任何問題，請致函至以下地址：PO Box 48, Sacramento, CA 95812，或發郵件至 info@victims.ca.gov 致電(800) 777-9229，或通過 InfoSecurityandPrivacy@victims.ca.gov 聯繫 CalVCB 隱私協調員。
11. 有關隱私的其他資訊，請參見 CalVCB 隱私聲明，見 <http://victims.ca.gov/privacy.aspx>.
12. 有關消費者安全資訊之內容，請訪問 <https://oag.ca.gov/privacy/online-privacy>.