

3 برخه: مور/پلار یا سرپرست (مقاضي)

دا برخه د هغو مور او پلار یا سرپرستانو لپاره ده چې د لومړۍ برخې کې د کم عمره یا بېوسه/بې صلاحیته بالغ کسانو په استازیتوب غوښتنلیک وړاندې کوي.

مهرباني وکړئ د 1 برخې کې له یاد شوي کس سره خپل اړیکه وښیئ:

د خبرو اترو ترجیحي ژبه

د خبرو اترو لیکنۍ ژبه

جنسیت

تخلص

منځنۍ نوم

نوم

د زیږېدو نېټه

SSN نشته دی

د ټولنیز خوندیتوب شمېره (SSN)

ایا تاسو اړ یاست چې د جنسي جرم ترسره کوونکي په توګه ثبت شئ؟

ایا د جرم له نېټې څخه تر اوسه پورې تاسو د جنایې جرم له امله په زندان کې پاتې شوي یاست، تر څارنې لاندې وئ، په مشروط ډول آزاد یاست یا د خوشې کېدو وروسته د ټولنې تر څارنې لاندې وئ؟

پسټي پته

د کوڅې شمېره او نوم یا د پوست بکس شمېره

زیږ کد

ایالت

ښار

2 پته (اپارتمان یا د واحد شمېره)

د برېښنالیک ډول

برېښنالیک

داخلي

د اړیکې غوره شمېره

په 4 برخه کې دوام ورکړئ.

4 برخه: ستاسو د لگښتونو په اړه معلومات

د جرم د قرباني لپاره لاندې ګټې ممکن د لاسرسي وړ وي. مهرباني وکړئ هغه د جرم اړوند لگښتونه په نښه کړئ چې تاسو یې غوښتنه کوئ. مهرباني وکړئ د جرم اړوند د هر ډول بلونو کاپي یا لېست ضمیمه کړئ.

☐ د عاید له لاسه ورکول (که چېرې تاسو د جرم له امله کار له لاسه ورکړی وي)

☐ د رواني روغتیا درملنه

☐ طبي او/یا د غاښونو د درملنې لگښتونه

☐ د کور یا نقلیه وسیلې بدلونونه (د هغه قرباني لپاره چې د جرم له امله معلول شوی وي)

☐ د کور د خوندیتوب ښه والي

☐ د ګډې کولو یا موقعیت بدلولو لگښتونه

☐ د مایلج بېرته ورکول یا د ترانسپورت لگښتونه

☐ د جرمي د صحنې پاکول

☐ د دندې په اړه بیا روزنه (د هغه قرباني لپاره چې د جرم له امله معلول شوی وي)

د جرم اړوند نور لگښتونه

د جرم له قرباني پرته د بل چا لپاره، لاندې ګټې ممکن د لاسرسي وړ وي. مهرباني وکړئ هغه د جرم اړوند لگښتونه په نښه کړئ چې تاسو یې غوښتنه کوئ. مهرباني وکړئ د جرم اړوند د هر ډول بلونو کاپي یا لېست ضمیمه کړئ.

د تاوتریخوالي جرم د کم عمره شاهدانو لپاره یوازې د رواني روغتیا ګټې موجودې دي. 5 برخې ته ولاړ شئ.

☐ د ملاتړ له لاسه ورکول (د مړ شوي یا معلول شوي قرباني د متکي کسانو لپاره)

☐ د معاش له لاسه ورکول (تر 30 ورځو پورې که یو کم عمره ماشوم مړ شي یا په روغتون کې بستر شي)

☐ د رواني روغتیا درملنه

☐ د مړ شوي قرباني د طبي لگښتونو (درملنې) لگښتونه.

☐ د کور د خوندیتوب ښه والي

☐ د جرمي د صحنې پاکول

☐ د جنازې او/یا د خښولو لگښتونه

د بېړنۍ مرستې غوښتنه

په ځینو ځانګړو حالاتو کې د بېړنیو مرستو غوښتنه کېدای شي. بېړنۍ مرسته د دې لپاره ده چې د جرم اړوند لگښتونه په هغو حالتونو کې ورکړل شي چې دا لگښتونه سمدستینه ورکول کېږي، نو تاسو به له جدي مالي ستونزو سره مخ شئ. جدي مالي ستونزه معنی دا ده چې د جرم اړوند بلونو له تادیبي وروسته به ستاسو هېڅ پیسې د اړتیاوو لکه خوراک او کرایې لپاره پاتې نه شي. د وړ بېړنیو مرستو تادیبه عموماً د غوښتنلیک له تر لاسه کېدو وروسته په 30 تقویمي ورځو کې ترسره کېږي.

زه د بېړنۍ مرستې غوښتنه کوم.

5 برخه: د جرم معلومات

د قانون پلي کوونکي ادارې نوم
هغه نېټه چې جرم پکې رامنځته شوی دی
که پېښه د قانون پلي کوونکي ادارې ته راپور شوې وي، د هغه ادارې نوم چې راپور ورته ورکړل شوی دی.

هغه نېټه چې د جرم په اړه راپور ورکړل شوی دی د جرم د راپور شمېره د ټپونو په اړه معلومات وړاندې کړئ

د جرم موقعیت (که معلوم وي)
پته، څلورلارې، سیمه او داسې نور.
که چېرې معلوم وي، د جرم ترسره کوونکي کس (شکمن کس)
منځنی نوم
شکمن نامعلوم
تخلص

2 پته (اپارتمان یا د واحد شمېره) ښار آیالت زیپ کوډ هېواد د جرم ډول

6 برخه: د استازي معلومات (د جبران غوښتنلیک لپاره د استازي لړل اړین نه دي).

دا برخه یوازې د استازي لپاره ده. د قرباني او شاهد د مرستې مرکز وکیلان یوازې د تیلیفون شمېره، نوم، د مرکز شمېره، لاسلیک او نېټه وړاندې کوي. نور ټول استازي، مهرباني وکړئ دا برخه په بشپړ ډول ډکه کړئ.

مهرباني وکړئ د 1 برخې کې له یاد شوي کس سره خپل اړیکه وښیئ:

که چېرې بل څوک وي، مهرباني وکړئ په گوته یې کړئ:

نوم منځنی نوم تخلص داخلی تلفون داخلی

د ادارې نوم

پسټي پته

د کوڅې شمېره او نوم یا د پوست بکس شمېره 2 پته (اپارتمان یا د واحد شمېره)

یوازې د جرم اړوند د مرستې د مرکز د کار کوونکو لپاره

د JP/WVC شمېره ښار آیالت زیپ کوډ

یوازې د څارنوالانو لپاره

د ماليې ای ډي د ایالتي وکیلانو د ټولنې شمېره

زه د دولتي قانون د 13957.7(g) مادي له مخې د تادیبي غوښتنه کوم.

تلفون برېښنالیک

د ټولو استازو لپاره لاسلیک او نېټه اړینه ده

نېټه:

د استازي لاسلیک

7 برخه: تاسو څه ډول د پورې په اړه خبر شوي؟

☐ د قانوني پلي کوونکي ☐ د حوزې څارنوال ☐ د طبي خدمتونو چمتو کوونکي ☐ د ماشوم د خونديتوب خدمتونه
☐ د بالغ کس د خونديتوب خدمتونه ☐ د رواني روغتیا د خدمتونو چمتو کوونکي ☐ د قربانیانو او شاهدانو د مرستې مرکز ☐ رسنۍ (تلویزیون، رادیو، ورځپاڼه او داسې نور.) ☐ کارت یا بروشر ☐ بېلبورډ یا پوسټر ☐ نور موارد

8 برخه: د فدرال د راپور ورکولو معلومات

لاندې اختياري معلومات د هغه کس لپاره دي چې جبران ترلاسه کوي او يوازې د احصايوي موخو لپاره کارول کېږي، تر څو له فدرالي مقرراتو سره سمون ولري.

نوم

☐ اصلي امريکايي/اصلي	☐ آسيایي	☐ تور پوستي/افريقايي	☐ هسپانوي يا لاتيني	☐ اصلي هاوايي يا د آرام سمندرگي اوسېدونکي	☐ سپين پوستي غير لاتيني/قفقازي
☐ بل نژاد	☐ گڼ شمېر نژادونه	☐ د حالت د بيانولو څخه ډډه کول	☐ نور موارد		
☐ آيا دا قرباني معلول دی؟	☐ آيا قرباني له جرم وړاندې معلول و؟				

9 برخه: د بيمې معلومات

مهرباني وکړئ لاندې برخه کې خپل د بيمې معلومات وليکئ. د کاليفورنيا د قرباني جبران بورډ (CalVCB) د وروستي تاديه کوونکي په توگه عمل کوي. موږ ممکن ستاسو د بيمې شرکت سره د احتمالي بېرته تاديې د سرچينې په توگه اړيکه ونيسو.

زه هيڅ ډول بيمه نه لرم.

روغتيايي بيمه

د طبي گټو د پېژندنې د کارت شمېره

د صادرېدو نېټه

د روغتيايي بيمې د شرکت نوم

د پاليسۍ شمېره

د گروپ شمېره

تېلېفون

داخلي

پستي پته

د کوڅې شمېره او نوم يا د پوست بکس شمېره

2 پته (اپارتمان يا د واحد شمېره) بناړ

ايالت

زيپ کوډ

د بيمه شوي کس نوم

منځنی نوم

تخلص

ايا تاسو د دې جرم پورې اړوند د بيمې دعوې ثبت کړي ده؟

پستي پته

د کوڅې شمېره او نوم يا د پوست بکس شمېره

2 پته (اپارتمان يا د واحد شمېره) بناړ

ايالت

زيپ کوډ

د بيمه شوي کس نوم

منځنی نوم

تخلص

ايا تاسو د دې جرم پورې اړوند د بيمې دعوې ثبت کړي ده؟

بله بيمه

مهرباني وکړئ هغه اضافي د بيمې سرچينې په نښه کړئ چې ستاسو په غوښتنليک کې کارول کېدای شي.

☐ Medi-Cal	☐ Medicare	☐ د کارگرانو د زيان جبران	☐ نور	
-----------------------------------	-----------------------------------	--	------------------------------	----------------------

که تاسو له يوې څخه زيات د بيمې چمتو کوونکيلرئ، مهرباني وکړئ په يوه جلا پاڼه کې يې وليکئ او د خپل غوښتنليک سره يې يوځای واستوئ.

10 برخه: د گومارونکي معلومات

مهرباني وکړئ د قرباني گومارونکي ذکر کړئ. که تاسو مور/پلار يا سرپرست ياست او د معاش د زيان د جبران غوښتنه کوئ ځکه چې يو کم عمره قرباني په روغتون کې بستر شوی يا مړ شوی دی، مهرباني وکړئ د خپل گومارونکي نوم وليکئ.

د گومارونکي دکار او بار نوم نوم ارتباطي کس تخلص تلفون دلخلي د گومارونکي سره اړيکه ونيسي؟

پستي پته

د کوڅې شمېره او نوم يا د پوست بکس شمېره 2 پته (اپارتمان يا د واحد شمېره) ښار ايالت زيپ کوډ

آيا قرباني خپل آزاد کار او بار لري يا يې درلود؟ آيا قرباني د جرم له امله د ټپونو/زيانونو په نتيجه کې له کار څخه غيړ حاضر شوی و؟

آيا جرم هغه وخت رامنځته شوی و چې قرباني په دنده کې يا د کار په ځای کې و؟

که تاسو له يوه څخه زيات گومارونکيلرئ، مهرباني وکړئ هغوی په يوه جلا پاڼه کې وليکئ او د خپل غوښتنليک سره يې واستوئ.

11 برخه: د مدني دعوی معلومات

که تاسو پرېکړه وکړئ چې مدني دعوه ثبت کړئ، د قانون له مخې اړ ياست چې د دعوي له ثبت وروسته په 30 ورځو کې د کاليفورنيا د قرباني جبران بورډ (CalVCB) ته خبر ورکړئ.

آيا تاسو د دې جرم په اړه مدني دعوه ثبت کړې ده، يا د ثبت کولو پلان لرئ؟

د څارنوال نوم

نوم منځنی نوم تخلص تلفون داخلي

پستي پته

د کوڅې شمېره او نوم يا د پوست بکس شمېره 2 پته (اپارتمان يا د واحد شمېره) ښار ايالت زيپ کوډ

ستاسو د جرم د قرباني د جبران غوښتنليک نږدې بشپړ شوی دی.

• د ټولو موجودو معلوماتو له داخلولو وروسته، غوښتنليک چاپ کړئ.

• د هغو ټولو اسنادو کاپي ضميمه کړئ چې ستاسو د جرم د قرباني د جبران غوښتنليک ملاتړ کوي، په شمول د جرم اړوند بلونو، د بيمې اسنادو، يا هر هغه څه چې له جرم سره تړاو لري. اصلي اسناد د خپلو ريکارډونو لپاره وساتئ.

• مهرباني وکړئ راتلونکي پاڼه په دقت سره ولولئ، لاسليک او نېټه پرې وکړئ، او ټاکل شوي پتي ته يې واستوئ يا يې خپل محلي د قرباني د شاهد د مرستې مرکز ته وسپارئ.

• د کاليفورنيا د قرباني جبران بورډ (CalVCB) به تاسو ته يو ليک واستوي چې ستاسو د غوښتنليک د ترلاسه کېدو تصديق کوي. د تاييد ليک به ستاسو په غوښتنليک کې د غوښتل شويو گټو په اړه اضافي معلومات هم ولري.

• د کاليفورنيا د قرباني جبران بورډ (CalVCB) يو استازی ممکن له تاسو سره اړيکه ونيسي که تاسو هغه اضافي معلومات چې په غوښتنليک کې نه وو وړاندې کړي، اړتيا ولري.

• د قرباني د جبران په اړه د هر ډول پوښتنو لپاره، تاسو کولی شئ خپل د قرباني د شاهد د مرستې مرکز سره اړيکه ونيسئ يا د CalVCB دفتر ته په 1-800-777-9229 زنگ ووهئ.

12 برخه: د معلوماتو خپرول

زه اجازه ورکوم چې هر ډول روغتيايي خدمت ورکونکي، د طبي بلونو صادرونکي، د جنازي د خدماتو برابرېونکي يا ورته اشخاص، هر کار ورکونکي، پوليس يا نورې دولتي ادارې په شمول د عدليې وزارت، د ټولنيز امنيت اداره، د ايالت د ماليې اداره، او د فدرالي عوايدو اداره؛ هر د بيمې شرکت؛ يا هر بل شخص يا اداره، د دې غوښتنليک اړوند معلومات، چې پکې طبي معلومات (په شمول خو محدود نه دي: د روغتيا تاريخ يا فزيکي ريکارډونه، د مشورې راپورونه، د رنځپوهنې راپورونه، د رخصتۍ لنډيزونه، د جراحي راپورونه، د ايکس رې او نورو شعاعي راپورونه، د لابراتوار راپورونه، د دوسيې يادښتونه، تشرېحي راپورونه، او د بلونو ريکارډونه)، د رواني روغتيا معلومات، او د جنايې محکوميت ريکارډونه شامل دي، د کاليفورنيا د قرباني جبران بورډ (CalVCB) يا د هغوی استازو ته د CalVCB د کټو د وړتيا د ټاکلو لپاره برابر کړي. دا اجازه د ادعا شويو زيانونو د جبران ټولو سرچينو ته هم تطبيق کېږي، چې پکې شامل دي (خو محدود نه دي): د روغتيا يا طبي کټو بيمه، د بيکارۍ يا معلوليت کټي، د ټولنيز امنيت کټي (د ټولنيز امنيت معلومات، تکميلې عايد مرسته، او/يا تقاعد، په شمول د اړوندو طبي او/يا رواني روغتيا سوابقو) او د وټرنرانو کټي. زه هم اجازه ورکوم چې د فدرالي او ايالتي مالياتو معلومات، په شمول د ماليې د بېرته ورکړې فورمې، د عايد د تاييد لپاره افشا شي. زه په دې سره د خپل ادعا په اړه د CalVCB له خوا د غوښتل شويو معلوماتو په تړاو له ټولو قانوني امتيازاتو/محرميتونو څخه تېرېږم.

زه موافق یم چې د دې لاسلیک شوي فورم فوټو کاپي يا فکس د اصلي سند په څېر اعتبار لري، او زما لاسلیک د ټولو ټاکل شويو معلوماتو د افشا کولو اجازه ورکوي.

زه موافق یم چې CalVCB يا د هغې استازي کولی شي په دې قضیه کې له محکوم شوي مجرم څخه د تاوان غوښتنه وکړي، څو هغه پېښې بېرته تر لاسه کړي چې ما ته د CalVCB له خوا ورکړل شوي دي، او دا چې د دې غوښتنليک په وړاندې کولو سره ما اجازه ورکړې ده چې د دې غوښتنليک او وروسته د ادعا دوسيې معلومات د محکوم شوي مجرم څخه د تاوان د تر لاسه کولو لپاره وکارول شي.

د دې غوښتنليک د تاييد يا پروسس کولو لپاره، زه موافق یم چې CalVCB يا د هغې استازي کولی شي د دې غوښتنليک په اړه معلومات او په دې کې شامل معلومات هر هغه استازي ته چې په دې غوښتنليک کې نومول شوي وي، هرې دولتي ادارې ته، يا هر روغتيايي خدمت ورکونکي يا د خدماتو نورو برابرېونکو ته ورکړي، او که د دغو خدماتو تاديه منظور شي، نو کولی شي تاديه مستقيم د خدمت ورکونکي ته ترسره کړي.

زه موافق یم چې زه کولای شم هر وخت دا اجازه لغوه کړم. لغوه کول بايد په ليکلي بڼه وي. لغوه کول به هغه وخت نافذ شي کله چې د کاليفورنيا د قربانيانو د جبران بورډ (CalVCB) بې تر لاسه کړي، خو کله چې لغوه کول د CalVCB له خوا تر لاسه شي، کېدای شي زه د CalVCB د کټو لپاره ور ونه گڼل شم. خو هيڅ روغتيايي خدمت وړاندې کوونکي نشي کولای درملنه، تاديه، نومليکنه يا د کټو لپاره وړتيا په دې پورې مشروطه کړي چې ايا زه دغه اجازه لاسليکوم او که نه. زه حق لرم چې د دې واکليک يوه کاپي تر لاسه کړم، پرته له هغو محدودو حالاتو څخه چې استثنا گڼل کېږي. زه موافق یم چې هغه معلومات چې د دې واکليک له مخې افشا کېږي، کېدای شي د قانون له غوښتنې سره سم د تر لاسه کوونکي له خوا بيا افشا شي او دغه بيا افشا شوي معلومات ښايي نور د فدرالي يا ايالتي قانون له مخې خوندي نه وي.

زه موافق یم چې دلته ذکر شوي واکليکونه او موافقي به د دې فورم د لاسليک کولو له نېټې څخه لس (10) کاله وروسته پای ته ورسېږي.

لاسليک شوی دی

نېټه

--	--

(که قرباني کوچنی وي يا د وړتيا له پلوه ناتوانه وي، نو مور، پلار يا قانوني سرپرست بايد لاسليک وکړي.)

13 برخه: د کاليفورنيا د قربانيانو د جبران بورډ سره زما هوکړه.

د کاليفورنيا د قانون له مخې، زه به د کاليفورنيا د قربانيانو د جبران بورډ (CalVCB) سره اړيکه ونيسم او هغوی ته به هغه پېښې بېرته ورکړم که زه يا زما له خوا بل څوک د مجرم، د مدني دعوي له لارې، د بيمې له پاليسۍ، يا له کوم بل دولتي يا خصوصي بنسټ څخه د هغه زيانونو لپاره کومه پېښې تر لاسه کړي چې د هغه جرم له مستقيمي پايې څخه رامنځته شوي وي، چې پر بنسټ يې ما د CalVCB له خوا کټي تر لاسه کړې وي، او دا بېرته ورکړه به د هغو ټولو کټو په اندازه وي چې CalVCB راکړي وي. زه پوهېږم چې کېدای شي زه د هغه هرې اندازې پيسو د بېرته ورکړې مسووليت ولرم چې وروسته پرې دا وټاکل شي چې زه د CalVCB د کټو لپاره ور نه وم. زه به CalVCB ته خبر ورکړم که زه د دې جرم پورې اړوند په هر ډول قضيه کې د ځان د استازيتوب لپاره وکيل ونيسم، يا که زه پخپله کوم قانوني اقدام ترسره کړم.

هر هغه پېښې چې زه يې د CalVCB له خوا د لېږد/استوگنځي بدلولو لگښتونو، د کور د امنيت ټپه کولو، يا د معلول قرباني لپاره د کور يا موټر د بدلون لپاره تر لاسه کوم، يوازې به د همدې موخو لپاره کارول کېږي. که زه د کورني تاوتریخوالي قرباني يم او د لېږد/استوگنځي بدلولو لگښتونه تر لاسه کوم، زه به مجرم ته خپل د کور پټه نه وایم او نه به اجازه ورکوم چې مجرم هيڅ وخت زما د استوگنځي ځای ته راشي، او که داسې وشي نو زه به د هغه پر ضد د مخنيوي امر غوښتنه وکړم.

که زه د CalVCB له خوا د کوم مالي زيان لپاره جبران تر لاسه کړم، او وروسته د کاليفورنيا ايالت زما په استازيتوب د هماغه زيان لپاره له مرتکب څخه (په شمول د هر ډول د تاوان ورکولو د حکم له لارې تر لاسه شوي پېښې) يا له کوم بل سرچينې څخه تاديه/جبران تر لاسه کړي، نو زه په دې سره د قربانيانو د جبران بورډ ته د داسې تکراري جبران د تر لاسه کولو ټول حقوق ورسپارم.

زه د کاليفورنيا د ايالت د قوانينو له مخې د دروغو د سوگند د جزا تر خطر لاندې اعلان کوم چې ټول هغه معلومات چې ما وړاندې کړي دي، زما د پوهې او باور له مخې رښتيا، سم او بشپړ دي. زه پوهېږم چې کېدای شي زه د کټو لپاره ناوړ وگڼل شم، او که زه ناسم، په قصدي ډول نيمگړی يا گمراه کوونکی معلومات وړاندې کړم، نو د هغو کټو د بېرته تر لاسه کولو لپاره اقدام کېدای شي چې ما تر لاسه کړې وي.

لاسليک شوی دی

نېټه

--	--

(که قرباني کوچنی وي يا د وړتيا له پلوه ناتوانه وي، نو مور، پلار يا قانوني سرپرست بايد لاسليک وکړي. د کاونټي ټولنيز کار کوونکي، 13a برخه وگورئ.)

13a برخه: يوازې د کاونټي د ټولنيزو کار کوونکو لپاره

د کاليفورنيا د قانون له مخې، زه به د کاليفورنيا د قربانيانو د جبران بورډ (CalVCB) سره اړيکه ونيسم او هغوی ته به خبر ورکړم که زه پوه شم چې غوښتونکی د مجرم، د مدني دعوي له لارې، د بيمې له پاليسۍ، يا له کوم بل دولتي يا خصوصي بنسټ څخه د هغه زيانونو لپاره کومه پېښې تر لاسه کړي چې د هغه جرم د مستقيمي پايې له امله رامنځته شوي وي، کوم چې د CalVCB د کټو د تر لاسه کولو بنسټ جوړوي.

زه د کاليفورنيا د ايالت د قوانينو له مخې د دروغو د سوگند د جزا تر خطر لاندې اعلان کوم چې ټول هغه معلومات چې ما وړاندې کړي دي، زما د پوهې او باور له مخې رښتيا، سم او بشپړ دي. زه پوهېږم چې کېدای شي غوښتونکی د کټو لپاره ناوړ وگڼل شي، او که غوښتونکی ناسم، په قصدي ډول نيمگړی يا گمراه کوونکی معلومات وړاندې کړي، نو د هغو کټو د بېرته تر لاسه کولو لپاره اقدام کېدای شي چې غوښتونکي تر لاسه کړې وي.

لاسليک شوی دی

نېټه

--	--

واضح نوم

--

د لا زياتو معلوماتو لپاره اړيکه ونيسئ:

1-800-777-9229

که د اورېدو ستونزه لرئ، مهرباني وکړئ د کاليفورنيا د ريلې خدمت (711) ته زنگ ووهئ.

بشپړ شوی غوښتنليک د پوست له لارې دې پټي ته واستوئ:

د کاليفورنيا د قربانيانو د تاوان جبران بورډ

PO Box 3036, Sacramento, CA 95812-3036

يا بې خپل سيمه ييز د قربانيانو او شاهدانو د مرستې مرکز ته واستوئ.

victims.ca.gov له 1965 کار راهيسې په کليفورنيا کې د د جرمنونو له قربانيانو سره مرسته کوي

د راتولو په اړه د خصوصي حریم خبرتیا

1. CalVCB دا معلومات د کالیفورنیا د حکومت د قانون د مادو 13952 او تر هغې وروسته (et seq.) او 13954 پر بنسټ راتولوي.
2. له دې سایټ څخه راتول شوي ټول معلومات د معلوماتو د کړنو قانون تر چتر لاندې راځي، خو یوازې تر همدې محدود نه دي. مراجعه وکړئ <https://victims.ca.gov/legal/public-records-requests/>.
3. دا معلومات د جبران لپاره د وړتیا د ټاکلو په موخه راتولېږي.
4. CalVCB ممکن ستاسو شخصي معلومات بل غوښتونکي ته یوازې هغوخت افشا کړي چې د قانون له مخې اړ وي، یا په ښه نیت دا اړتیا موجوده وي چې دا کار د لاندې موخو لپاره ضروري دی:
 - a. د قانون د احکامو سره سم عمل کول، یا د هغو قانوني پروسو پیروي کول چې CalVCB یا ویبسایټ ته سپارل شوي وي؛
 - b. د CalVCB د حقونو یا ملکیت ساتنه او دفاع کول او
 - c. په بېرنيو حالاتو کې اقدام کول، تر څو د CalVCB د کاروونکو یا د عامو خلکو شخصي خوندیتوب وساتل شي.
5. اشخاص باید یوازې هغه معلومات وړاندې کړي چې غوښتل شوي وي.
6. د ورکړل شویو معلوماتو وړاندې کول الزامېدي.
7. د غوښتل شویو معلوماتو نه وړاندې کولو پایلې کېدای شي ستاسو د غوښتنلیک رد کېدل وي.
8. تلسو حق لرئ هغو ریکارډونو ته لاسرسی ولرئ چې ستاسو لخوا ورکړل شوي شخصي معلومات پکې شامل دي.
9. راتول شوي معلومات د کالیفورنیا د قربانیانو د جبران بورډ (CalVCB) له خوا کارول کېږي.
10. د راتولو شویو معلوماتو په اړه د هر ډول پوښتنو لپاره، مهرباني وکړئ لاندې پته ته ولیکئ: PO Box 48، Sacramento, CA 95812 ته ولیکئ، یا info@victims.ca.gov ته برېښنالیک واستوئ، یا (800) 777-9229 ته زنگ ووهئ، او یا هم د CalVCB د محرمیت له همغږي کوونکي سره په InfoSecurityandPrivacy@victims.ca.gov اړیکه ونیسئ.
11. د محرمیت په اړه د نورو معلوماتو لپاره، مهرباني وکړئ د CalVCB د محرمیت خبرتیا (Privacy Notice) وگورئ. مراجعه وکړئ <https://victims.ca.gov/privacy/>.
12. د مصرفوونکو د معلوماتو د امنیت په اړه د معلوماتو لپاره، مهرباني وکړئ دا وېبپاڼه وگورئ: <https://oag.ca.gov/privacy/online-privacy>.