

कैलीफोर्निया राज्य
अपील प्रपत्र

VCB-31-19219f (Rev. 07/2026)



आवेदन आईडी: _____

बिल आईडी: _____

नाम: _____ तारीख: _____

यदि कैलिफोर्निया पीड़ित मुआवज़ा बोर्ड (CalVCB) आपके आवेदन या व्यय को अस्वीकार कर देता है और आप निर्णय से सहमत नहीं हैं, तो आपको अस्वीकृति पत्र की तारीख से 45 दिनों के भीतर लिखित रूप में अपील दायर करनी होगी। यदि CalVCB वकील की फीस देने से इनकार कर दे, तो वकील को अपील दायर करनी होगी।

अपील दाखिल करने के लिए, आपको या आपके अधिकृत प्रतिनिधि को इसफॉर्म को भरना होगा:

डाक द्वारा: CalVCB, Attn: Appeals, P.O. Box 350, Sacramento, CA 95812-0350
फैक्स द्वारा: (916) 491-6448
ई-मेल द्वारा: victimsappealsfax@victims.ca.gov
अपलोड द्वारा: CalVCB ऑनलाइन खाते को "अपील" के रूप में प्रस्तुत करें

बताएं कि CalVCB को आवेदन या व्यय को क्यों अनुमोदित करना चाहिए। कोई भी अतिरिक्त सहायक दस्तावेज़ शामिल करें जो पहले से उपलब्ध नहीं कराया गया हो। यदि आवश्यक हो तो कागज की अतिरिक्त शीट का उपयोग किया जा सकता है। CalVCB आपकी अपील और आपकी फ़ाइल की सभी जानकारी की समीक्षा करेगा। **यदि आप 45 दिनों के भीतर अपील नहीं करते हैं तो अस्वीकृति अंतिम मानी जाए।**

इस निर्णय से असहमत होने के कारण:

मैं प्रमाणित करता/ती हूँ कि मेरे द्वारा दी गई सभी जानकारी सत्य एवं सही है।

आवेदक, दावेदार या प्रतिनिधि के हस्ताक्षर: _____ तारीख: _____

आपको CalVCB के साथ अपनी संपर्क जानकारी अद्यतन रखनी होगी। यदि आपकी जानकारी बदल गई है, तो कृपया इसे नीचे अद्यतन करें:

पता: _____ फ़ोन नंबर: _____

शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप कोड: _____

CALIFORNIA VICTIM COMPENSATION BOARD

P.O. Box 350 • Sacramento, CA 95812 • Phone: 800-777-9229 • www.victims.ca.gov

Appeal Form

DRS Code - 06045

VCB-31-19219f [HIN]

Rev. 07/2026

