

ទម្រង់បែបបទបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

VCB-31-19219h (Rev. 02/2026)

លេខសម្គាល់ពាក្យស្នើសុំ៖ _____

លេខសម្គាល់វិក្កយបត្រ៖ _____

ឈ្មោះ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

ប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សាសំណងជនរងគ្រោះនៃរដ្ឋ California (CalVCB) បដិសេធពាក្យសុំ ឬការចំណាយរបស់អ្នក ហើយអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តនេះទេ អ្នកត្រូវតែដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងរយៈពេល 45 ថ្ងៃគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៅលើលិខិតបដិសេធិ។ ប្រសិនបើ CalVCB បដិសេធផ្លូវសេវាមេធាវី មេធាវីត្រូវតែជាអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

ដើម្បីដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នក ឬអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកត្រូវតែបំពេញទម្រង់បែបបទនេះដូចខាងក្រោម៖

តាមប្រៃសណីយ៍៖ CalVCB, Attn: Appeals, P.O. Box 350, Sacramento, CA 95812-0350
តាមទូរសារ៖ (916) 491-6448
តាមអ៊ីមែល៖ victimsappealsfax@victims.ca.gov
តាមការអាប់ឡូត៖ គណនីអនឡាញ CalVCB ជា "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍"

ពន្យល់ពីមូលហេតុដែល CalVCB គួរអនុញ្ញាតឱ្យដាក់ពាក្យ ឬការចំណាយនេះ។ ភ្ជាប់មកជាមួយនូវឯកសារគាំទ្របន្ថែមនានាដែលមិនទាន់បានផ្តល់ជូនពីមុន។ អាចប្រើសន្លឹកក្រដាសបន្ថែមបាន ប្រសិនបើចាំបាច់។ CalVCB នឹងពិនិត្យមើលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ព្រមទាំងព័ត៌មានទាំងអស់ដែលមាននៅក្នុងសំណុំរឿងរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ក្នុងរយៈពេល 45 ថ្ងៃទេ ការបដិសេធនេះនឹងក្លាយជាស្ថាពរ។

មូលហេតុដែលអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចនេះ

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានទាំងអស់ដែលខ្ញុំបានផ្តល់ជូនគឺពិត និងត្រឹមត្រូវ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យ អ្នកប្តឹងទាមទារ ឬអ្នកតំណាង៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

អ្នកត្រូវបានតម្រូវឱ្យធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកជាមួយ CalVCB។ ប្រសិនបើព័ត៌មានរបស់អ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរ សូមធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពវានៅខាងក្រោម៖

អាសយដ្ឋាន៖ _____ លេខទូរសព្ទ៖ _____

ទីក្រុង៖ _____ រដ្ឋ៖ _____ លេខកូដតំបន់៖ _____

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-31-19219h [KHM]

Rev. 02/2026

