

이의 제기 양식

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



신청 ID: _____

청구서 ID: _____

이름: _____ 날짜: _____

California Victim Compensation Board(CalVCB, 피해자 보상 위원회)가 귀하의 신청 또는 비용을 거부하고 귀하가 결정에 동의하지 않는 경우, 거부 서신에 기재된 날짜로부터 45일 이내에 서면으로 이의를 제기해야 합니다. CalVCB가 변호사 비용을 거부하는 경우에는 변호사가 항소를 제기해야 합니다.

항소를 제기하려면 귀하 또는 귀하의 권한을 위임받은 대리인이 다음과 같이 이 양식을 작성해야 합니다:

우편: CalVCB, Attn: Appeals, P.O. Box 350, Sacramento, CA 95812-0350

팩스: (916) 491-6448

이메일: victimsappealsfax@victims.ca.gov

업로드: CalVCB 온라인 계정을 사용하여 “이의 제기(Appeal)”로 업로드

CalVCB가 신청 또는 비용을 허용해야 하는 이유를 설명하십시오. 아직 제공되지 않은 추가 증빙 문서를 포함하십시오. 필요한 경우 추가 용지를 사용할 수 있습니다. CalVCB는 귀하의 이의 제기 및 파일의 모든 정보를 검토합니다. **45일 이내에 항소를 제기하지 않으면 거부 결정이 최종 확정됩니다.**

이 결정에 동의하지 않는 이유(들):

본인은 본인이 제공한 모든 정보가 사실이며 정확함을 증명합니다.

신청자, 청구인 또는 대리인의 서명: _____ 날짜: _____

CalVCB에 연락처 정보를 최신 상태로 유지해야 합니다. 정보가 변경된 경우 아래에서 업데이트하십시오:

주소: _____ 전화번호: _____

도시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

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-31-19219i [KOR]

Rev. 07/2026

