

加利福尼亚州
上诉表格

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



申请编号: _____

账单编号: _____

姓名: _____ 日期: _____

如果加州受害者赔偿委员会 (CalVCB) 拒绝了您的申请或费用, 而您不同意该决定, 您必须在拒绝信函发出后的45天内以书面形式提出上诉。如果加州受害者赔偿委员会拒绝支付律师费, 则必须由律师提出上诉。

如果要提出上诉, 您或您的授权代表必须按如下方式填写此表: :

邮寄: CalVCB, Attn: Appeals, P.O. Box 350, Sacramento, CA 95812-0350
传真: (916) 491-6448
电子邮件: victimsappealsfax@victims.ca.gov
上传: 通过 CalVCB 在线账户, 以“上诉”类别上传

解释为什么CalVCB应该批准该申请或费用。同时提交任何尚未提供的额外支持文件。如有需要, 可以使用额外的纸张。CalVCB将审核您的上诉以及您档案中的所有信息。 **如果您在45天内不提出上诉, 拒绝将是最终决定。**

您不同意此决定的原因:

我保证我所提供的所有信息都是真实和正确的。

申请人、索赔人或代表的签名: _____ 日期: _____

您需要确保您为加州受害者赔偿委员会 (CalVCB) 提供了最新联系信息。如果您的信息已更改, 请在下面更新。:

地址: _____ 电话号码: _____

城市: _____ 州: _____ 邮政编码: _____

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-31-19219m [SCN]
Rev. 07/2026

