

加利福尼亞州
上訴表格

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



申請編號: _____

帳單編號: _____

姓名: _____ 日期: _____

如果加州受害者賠償協會 (CalVCB) 駁回您的申請或拒接賠付費用，並且您不同意該決定，您必須在駁回信所注日期起45日內以書面形式提出上訴。如果CalVCB駁回律師費申請，則必須由律師提出上訴。

您或您的授權代表必須完整填寫本表格，然後按照以下方式提出上訴：

郵寄： CalVCB, Attn: Appeals, P.O. Box 350, Sacramento, CA 95812-0350
傳真： (916) 491-6448
電子郵件： victimappealsfax@victims.ca.gov
上傳： 以“上訴”形式提交至CalVCB線上帳戶。

闡述CalVCB應批准申請或賠付費用的理由，包括先前未提供的任何其他證明文檔。如有需要，可另附頁說明。CalVCB將審查您的上訴及檔案中的所有資訊。**如果您未在45日內提出上訴，該駁回決定將成為最終決定。**

您不同意本決定的原因：

本人聲明本人所提供的所有資訊均真實正確。

申請人、索賠人或代表簽名: _____ 日期: _____

您需確保CalVCB始終存有您最新的連絡方式。如果您的資訊有變，請在下方更新：

地址: _____ 電話號碼: _____

市: _____ 州: _____ 郵遞區號: _____

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-31-19219n [TCN]

Rev. 07/2026

