



OFFICE OF VICTIM SERVICES

Focusing on a brighter future

Rozumiemy, że jest to trudny okres zarówno dla Ciebie jak i Twojej rodziny. Służymy Ci pomocą. Jeżeli masz jakiegokolwiek pytania na temat wypełniania niniejszego podania, lub na temat Programu Odszkodowań dla Ofiar, prosimy o kontakt telefoniczny z OVS pod numerem 1-888-286-7347. Pamiętaj aby poinformować OVS o jakichkolwiek zmianach dot. Twoich danych kontaktowych. Jeżeli nie uda nam się z Tobą skontaktować, możesz przeoczyć ważne terminy ustalone przez prawo stanowe, lub Twoje roszczenie może zostać odrzucone.

Zaznaczone części 1, 2, 7 oraz 11 muszą zostać wypełnione.**CZĘŚĆ 1 - INFORMACJE DOT. OFIARY**

Tytuł grzecznościowy:

 Pan Panna/Pani Inny _____

Nazwisko, imię, drugie imię ofiary

Data urodzenia (miesiąc/dzień/rok)

Wiek

Adres

Miejscowość

Stan

Kod pocztowy

CZĘŚĆ 2 - DANE OSOBY ROSZCZĄCEJ

Osoba która poniosła wydatki związane z przestępstwem

Spokrewnienie/ powiązanie osoby roszczącej z ofiarą?

- adoptowane dziecko ciotka brat dziecko wnuk/wnuczka dziadek/ babcia brat przyrodni
 siostra przyrodna bratanek/siostrzeniec bratanica/siostrzenica rodzic partner w związku cywilnym
 siostra współmałżonek(-ka) teść(-ciowa) pasterb(ica) macocha/ ojczym wujek ktoś inny _____

Tytuł grzecznościowy:

 Pan Panna/Pani Inny _____

Imię, drugie imię, nazwisko osoby roszczącej

Data urodzenia (miesiąc/dzień/rok)

Wiek

Adres

Miejscowość

Stan

Kod pocztowy

Numer telefonu do kontaktu w ciągu dnia

Numer komórkowy

E-mail

Główny język, którym się posługuje

CZĘŚĆ 3 - DANE DO CELÓW STATYSTYCZNYCH Odpowiedź na to pytanie nie jest obowiązkowa

Niniejsze informacje wykorzystywane są w raportach stanowych i federalnych.

Czy opisał(a) byś ofiarę jako:

- Rdzennego Amerykanina/
Rdzennego mieszk. Alaski Latynosa(-kę) Osobę Białą/ Rasy kaukaskiej
 Azjatę(-kę) Rdzennego Hawajczyka(-kę)/
 Osobę Ciemnoskórą/
Afro-Amerykanina(-kę) Mieszkańca innej wyspy Pacyfiku
 Innej rasy _____

Czy osoba poszkodowana była niepełnosprawna zanim przestępstwo zostało popełnione? tak nie nie wiem

W jaki sposób dowiedziałeś(-aś) się o Programie Odszkodowań dla Ofiar: _____

CZĘŚĆ 4 - DANE RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO/ KURATORA

Niniejsza część jest przeznaczona dla rodziców lub opiekunów prawnych dzieci poniżej 18 roku życia, oraz opiekunów prawnych i kuratorów ubezwłasnowolnionych osób dorosłych.

Tytuł grzecznościowy:

Pan Panna/Pani Inny

Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego/ kuratora (imię, drugie imię, nazwisko)

Adres

Miejscowość

Stan

Kod pocztowy

Numer telefonu do kontaktu w ciągu dnia

Numer komórkowy

Email

Główny język, którym się posługuje

Spokrewnienie/powiązanie: rodzic opiekun prawny kurator

CZĘŚĆ 5 - REPREZENTACJA PRAWNA

Nie jest Ci potrzebny adwokat do celów złożenie podania o odszkodowanie dla ofiar.

Prosimy o zaznaczenie wszystkiego co dotyczy:

- tak, reprezentuje mnie adwokat w związku z podaniem (prosimy o wpisanie informacji adwokata)
- tak, reprezentuje mnie adwokat w powództwie cywilnym (prosimy o wpisanie informacji adwokata)
- nie, nie reprezentuje mnie adwokat

Imię, drugie imię, nazwisko adwokata

Nazwa kancelarii

Numer Juris

Adres

Miejscowość

Stan

Kod pocztowy

Telefon służbowy

Numer faksu

E-mail

CZĘŚĆ 6 - POZWOLENIE NA KONTAKT LUB ROZMOWĘ Z KIMŚ INNYM

Prosimy o zaznaczenie czy dajesz OVS pozwolenie na kontakt z kimś innym, jeżeli nie będziemy mogli skontaktować się z Tobą, oraz/ lub pozwolenie na rozmowę z kimś innym odnośnie Twojego roszczenia, a także wpisz dane kontaktowe owej osoby.

- Pozwolenie na kontakt, jeżeli OVS nie będzie mogło się ze mną skontaktować
- Pozwolenie na rozmowę na temat mojego roszczenia

Tytuł grzecznościowy:

Pan Panna/Pani
 Inny

Imię, drugie imię, nazwisko tej osoby

Kim jest dla Ciebie ta osoba?

Nazwa agencji

Adres

Miejscowość

Stan

Kod pocztowy

Numer telefonu do kontaktu w ciągu dnia

Numer telefonu komórkowego

E-mail

Część 7 musi zostać wypełniona.

CZĘŚĆ 7 - INFORMACJE DOT. PRZESTĘPSTWA

Data przestępstwa | Adres (ulica, miejscowość, stan, kod pocztowy) miejsca przestępstwa | Rodzaj przestępstwa:

- prowadzenie pod wpływem (dui) uchylenie się od odpowiedzialności (ucieczka z miejsca wypadku) zabójstwo
 inne (krótko opisz przestępstwo): _____

Data zgłoszenia przestępstwa | Wydział policji | Imię i nazwisko funkcjonariusza prowadz. dochodzenie w sprawie | Nr Raportu policyjnego

CZĘŚĆ 8 - DANE DOT. SPRAWCY

Czy ktoś został zaarrestowany w związku z przestępstwem?

- tak nie nie wiem

Imię i nazwisko zaarrestowanej osoby, jeżeli znane _____

Czy sprawca stawił się w sądzie? tak nie nie wiem

Jeżeli tak, miejscowość w której znajduje się gmach sądu _____

Sygnatura akt, jeżeli jest znana: _____

CZĘŚĆ 9 - PRZESTĘPSTWA ZWIĄZANE Z POJAZDEM

Wypełnij niniejszą część jeżeli przestępstwo było związane z pojazdem (na przykład, samochodem, motocyklem lub łodzią).

Musisz zaznaczyć przynajmniej 1 z następujących punktów

- Złożyłem(-am) roszczenie w firmie ubezpieczeniowej ofiary

Złożyłem(-am) roszczenie osobie fizycznej w:

- firmie ubezpieczeniowej drugiego kierowcy firmie ubezpieczeniowej osoby spokrewnionej firmie ubezpieczeniowej
mojego pracodawcy Nie złożyłem(-am) roszczenia w firmie ubezsp. Prosimy o wyjaśnienie dlaczego: _____

Czy otrzymałeś(-aś) wypłatę z ubezpieczenia? tak nie oczekuję na wypłatę

Jeżeli złożyłeś(-aś) roszczenie w firmie ubezpieczeniowej lub masz taką możliwość, prosimy o podanie poniższych informacji:

Imię, drugie imię, nazwisko of posiadacz polisy | Nazwa firmy ubezpieczeniowej | Numer polisy ubezsp.

Adres (ulica, miejscowość, stan, kod pocztowy) | Numer telefonu

Jeżeli drugi kierowca prowadził pod wpływem alkoholu lub narkotyków, czy wniosłeś(-aś) lub zamierzasz wnieść powództwo cywilne przeciwko podmiotowi prowadzącemu działalność gospodarczą lub osobie, która podała alkohol?

- tak nie nie wiem

CZĘŚĆ 10 - WYDATKI ORAZ ŹRÓDŁA FINANSOWE ZWIĄZANE Z PRZESTĘPSTWEM

Prosimy o zaznaczenie pola obok odszkodowania o które się ubiegasz, pól obok dostępnych Ci źródeł finansowych oraz podanie żądanych informacji. Musisz skontaktować się z OVS, jeżeli jakiegokolwiek z niezaznaczonych przez Ciebie źródeł finansowych staną się do Twojej dyspozycji. Jeżeli w obecnej chwili nie masz żadnych wydatków związanych z przestępstwem, ważnym jest aby i tak złożyć podanie na wypadek potrzeby pomocy finansowej w przyszłości.

BRAK WYDATKÓW W OBECNYM MOMENCIE (prosimy o przejście do części 11 i podpisanie podania)

WYDATKI NA POGRZEB (maksymalne świadczenie w wysokości 6000 USD)

Prosimy o wypeł. tej części jeżeli masz, lub będziesz miał(a) wydatki związ. z pogrzebem, załączenie kopii aktu zgonu, jeżeli jest dostępny, oraz załączenie kopii rachunków wykazujących Twoje płatności lub rachunku szczegółowego z domu pogrzebowego.

Czy została założona sprawa w sądzie spadkowym/w sprawie masy spadkowej? tak nie nie wiem

Jeżeli zaznaczyłeś(-aś) tak powyżej, czy jesteś administratorem/zarządcą lub wykonawcą testamentu?

tak (załącz kopię wyznaczenia Cię administratorem/zarządcą lub wykonawcą testamentu przez sąd spadkowy)

nie (złóż podanie w sądzie spadkowym o zwrot kosztów pogrzebowych)

Nazwa domu pogrzebowego

Osoba kontaktowa

Numer telefonu

Adres

Miejscowość

Stan

Kod pocztowy

CZY TWOJE RACHUNKI ZWIĄZ. Z PRZESTĘPSTWEM ZOSTAŁY, LUB ZOSTANĄ, OPŁACONE Z 1 CZY KILKU NASTĘPUJĄCYCH ŹR. FINANS.

Firma ubezpieczeniowa	Numer członka	Numer telefonu
<input type="checkbox"/> Ubezp. pochówkowe lub pogrzebow.		
<input type="checkbox"/> Wydział Usług Społecznych (pogrzeb)		
<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie pojazdu (za przestępstwa związane z pojazdem)		
<input type="checkbox"/> Odszkod. za wypadek przy pracy (za przestępstwa popełnione w pracy)		
<input type="checkbox"/> Darowizny (na przykład: GoFundMe)		

WYDATKI MEDYCZNE, ZW. ZE ZDROWIEM PSYCH., DENTYST. ORAZ NA PRZEPISANE LEKI

Prosimy o wymienienie imion i nazwisk wszystkich świadczeniodaw., którzy świadczyli Ci usługi, i przedstawienie kopii rachunków związ. z przestępstwem, wydruków recept wykazujące współpłatności i wyciągi z ubezpie., jeżeli są dostępne.

Imię i nazwisko świadczeniodawcy	Adres (ulica, miejscowość, stan, kod pocztowy)	Numer telefonu

CZY TWOJE RACHUNKI ZWIĄZ. Z PRZESTĘPSTWEM ZOSTAŁY, LUB ZOSTANĄ, OPŁACONE Z 1 CZY KILKU NASTĘPUJĄCYCH ŹR. FINANS.

Firma ubezpieczeniowa	Numer członka	Numer telefonu
<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie dentystyczne		
<input type="checkbox"/> Wydział Usług Społecznych (Medicaid/Husky)		
<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie zdrowotne (główne)		
<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie zdrowotne (dodatkowe)		
<input type="checkbox"/> Medicare		
<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie uzupełniające (wypadek/ choroba)		
<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie pojazdu (przestępstwo związane z pojazdem)		
<input type="checkbox"/> Veterans Health Administration		
<input type="checkbox"/> Odszkod. za wypadek przy pracy (za przestępstwa popełnione w pracy)		
<input type="checkbox"/> Darowizny (na przykład: GoFundMe)		

CZĘŚĆ 10 - WYDATKI ORAZ ŹRÓDŁA FINANSOWE ZW.Z PRZESTĘPSTWEM (ciąg dalszy)

UPRZATNIĘCIE MIEJSCA ZBRODNI ORAZ SYSTEMY ZABEZPIELAJACE (do 1000 USD)

Prosimy o wypełnienie niniejszej części jeżeli pokryłeś(-aś) wszystkie lub część wydatków oraz przedstawienie kopii rachunków i paragonów, jeżeli są Ci dostępne. Wydatki mogą obejmować usunięcie zagrożeń biologicznych, wymianę lub naprawę uszkodzonych zamków, okien, drzwi, oraz koszty instalacji i wyposażenia systemów bezpieczeństwa/urządzeń zabezpieczających.

Imię i nazwisko świadczeniodawcy: _____ Adres (ulica, miejscowość, stan, kod pocztowy) _____ Numer telefonu _____

CZY TWOJE RACHUNKI ZWIĄZ. Z PRZESTĘPSTWEM ZOSTAŁY, LUB ZOSTANĄ, OPŁACONE Z 1 CZY KILKU NASTĘPUJĄCYCH ŹR. FINANS.

Firma ubezpieczeniowa _____ Numer polisy _____ Numer telefonu _____

Ubezp. właścicieli nieruchomości

Ubezp. najemców

Ubezp. pojazdu
(za przestępstwa zw. z pojazdem)

WYDATKI ZWIĄZANE ZE STAWIENIEM SIĘ W SĄDZIE SPRAW OSÓB DOROSŁYCH, MAŁOLETNIICH LUB RADĄ DS. UŁASKAWIEN I ZWOLNIEN PRZEDTERMINOWYCH

Prosimy o wypełnienie niniejszej części jeżeli masz lub będziesz miał(a) wydatki. Osoby spokrewnione, które się kwalifikują na te świadczenia to m.in., dziecko osoby poszkodowanej (biologiczne, adoptowane, pasierb(ica)), współmałżonek(-ka), rodzic, teść/teściowa, wnuk(-czka), dziadek/ babcia, ojczym, macocha, brat i siostra (biologiczni lub przyrodni), ciotka, wujek, siostrzenica/bratanica, oraz siostrzeniec/bratanek.

Prosimy o zaznaczenie rodzajów wydatków oraz strat jakie poniosłeś(-aś) lub poniesiesz.

wydatki na dojazdy (włączając w to zwrot za przejechany dystans/ mile)

utracone wynagrodz. (prosimy o podanie informacji dot. Twojego pracodawcy w części "Utrata Wynagrodzenia")

OVS skontaktuje się z Twoim pracodawcą, aby uzyskać informacje dotyczące Twojej nieobecności w pracy oraz wynagrodzenia i świadczeń. Jeżeli masz obawy co do tego, prosimy o kontakt telefoniczny z OVS.

Prosimy o podanie dat kiedy stawieś(-as) się lub stawisz się na postępowanie: _____

TYDZIEŃ POCHÓWKU (wypełnij część "Utrata Wynagrodzenia")

UTRATA WYNAGRODZENIA (zatrudniony(-a) lub samo-zatrudniony(-a))

Jeżeli byłeś(-as) samozatrudniony(-a) w momencie przestępstwa, i ubiegasz się o zwrot utraconego wynagrodzenia, jest ważnym abyś pamiętał(a), że OVS może jedynie wziąć pod uwagę dochód opodatkowany.

Prosimy o sprawdzenie czy jesteś osobą samozatrudnioną, czy też dajesz pozwolenie OVS na kontakt z Twoim pracodawcą, aby uzyskać informacji dotyczących Twojej nieobecności w pracy oraz wynagrodzenia i świadczeń.

Jestem samozatrudniony(-a) (skontaktuje się z Tobą osoba rozpatrująca roszczenia)

Wyrażam zgodę na skontaktowanie się z moim pracodawcą (prosimy o podanie informacji dot. Twojego pracodawcy)

Nie wyrażam zgody na kontakt z moim pracodawcą (skontaktuje się z Tobą osoba rozpatrująca roszczenie)

Nazwa/Nazwisko oraz imię pracodawcy _____ Osoba kontaktowa _____ Numer telefonu służbowego _____

Adres _____ Miejscowość _____ Stan _____ Kod pocztowy _____

Liczba godzin przepracowywanych tygodniowo _____ Godzinowa stawka _____ Napiwki, premie na tydzień _____

UTRATA WSPARCIA FINANSOWEGO

Prosimy o wyliczenie wszystkich osób na utrzymaniu ofiary (współmałż. oraz dzieci). W przypadku dziecka, załącz kopię aktu urodzenia dziecka. W przypadku współmałżonka(-i), załącz kopię aktu ślubu (w razie potrzeby, załącz dodatkowe kartki).

Imię i nazwisko osoby na utrzym.	Adres (ulica, miejscowość, stan, kod pocztowy)	Spokrewnienie/ powiązanie z ofiarą	Data urodzenia (miesiąc/ dzień/ rok)	Rodzic lub opiekun prawny

CZEŚĆ 11 - STWIERDZENIE FAKTÓW I UPOWAŻNIENIE

Potwierdzam, że informacje w niniejszym podaniu o odszkodowanie dla ofiary są prawdziwe, zgodnie z moją wiedzą i przekonaniem Upoważniam szpital, lekarza(-y) lub inne osoby które leczyły, badały lub świadczyły usługi mi lub jakiegokolwiek nieletniemu dziecku lub ubezwłasnowolnionej dorosłej osobie której jestem rodzicem, opiekunem prawnym lub kuratorem i posiadam uprawnienia do działania w jego/jej imieniu; mojego/moich pracodawcę(-ów) lub pracodawcę(-ów) osoby w której imieniu działam; jakiegokolwiek organ policyjny lub inny miejski organ lub agencję, lub władze publiczne m.in. stanowe i federalne urzędy skarbowe, oraz jakąkolwiek firmę ubezpieczeniową lub organizację posiadającą wiedzę o zdarzeniu, do udzielenia Biurowi dla Ofiar (OVS) lub jego przedstawicielowi wszelkich informacji odnośnie zdarzenia, które spowodowało uraz psychiczny ofiary i doprowadziło do złożenia niniejszego podania o odszkodowanie. Kopia niniejszego upoważnienia będzie uważana za równie skuteczną i ważną jak oryginał.

Wyrażam zgodę na ujawnienie przez OVS wszelkich informacji znajdujących się w aktach OVS, w tym informacji poufnych, biurom Działu Sądowych Usług Wspomagających, Prokuratorowi Stanowemu, Prokuratorowi Generalnemu, Biurowi Prokuratorów Stanów Zjednoczonych, oraz prywatnym adwokatom zatrudnionym przez OVS, lub przeze mnie, oraz w razie potrzeby do swobodnej komunikacji z nimi (Paragraf 54-208(e), 54- 212, oraz 54-215 Kodeksu Ogólnego Stanu Connecticut).

Rozumiem, że muszę powiadomić OVS, jeżeli wniosę powództwo przeciwko osobie odpowiedzialnej za obrażenia lub śmierć, za które OVS wypłaciło odszkodowanie, przed upływem 30 dni od wniesienia owego powództwa. Jeżeli odzyskam pieniądze z wniesionego powództwa, na mocy wyroku lub ugody, rozumiem, że OVS ma prawo zgodnie z prawem stanowym do odzyskania 2/3 kwoty zapłaconej przez OVS. (Paragraf 54-212 Kodeksu Ogólnego Stanu Connecticut). Jeżeli wniosłem(-am) powództwo, zgadzam się bezzwłocznie przekazać kopię nakazu, nakazu stawiennictwa oraz pozew do biura OVS.

Rozumiem, że OVS ma prawo do wniesienia powództwa w moim imieniu przeciwko komukolwiek, kto jest odpowiedzialny za obrażenia lub śmierć, za które pieniądze zostały wypłacone. Również rozumiem, że jeżeli OVS odzyska pieniądze w wyniku z powództwa, w oparciu o prawo stanowe OVS będzie upoważnione do zatrzymania 2/3 wypłaconej sumy, pomniejszonej o jakiejkolwiek koszty i wydatki poniesione od tego momentu. OVS wypłaci mi pozostałą kwotę (Paragraf 54-212 Kodeksu Ogólnego Stanu Connecticut).

Rozumiem, że jeżeli ja, lub osoba w imieniu której występuję, otrzymamy pieniądze z jakiegokolwiek innego źródła, włączając w to wypłatę z agencji stanowych oraz miejskich, świadczenia ubezpieczeniowe, lub odszkodowanie za wypadek przy pracy, w oparciu o prawo stanowe OVS będzie upoważnione do 2/3 sumy wypłaconej przez OVS (Paragraf 54-212 Kodeksu Ogólnego Stanu Connecticut).

Rozumiem, że jeżeli sąd nakaze wypłacenie mi, lub osobie w imieniu której występuję, odszkodowania za wydatki pokryte przez OVS, OVS będzie upoważnione do otrzymania pełnego zwrotu, chyba że sąd wyda inny nakaz w tej sprawie (Paragraf 54-215 Kodeksu Ogólnego Stanu Connecticut).

Rozumiem również, że moi świadczeniodawcy mogą otrzymać bezpośrednio pieniądze na poczet moich długów.

Podpis osoby składającej (elektroniczne podpisy nie są akceptowane)

Wpisz swoje imię i nazwisko literami drukow.

Data

Dorośla osoba składająca, rodzic, opiekun prawny, kurator dziecka niepełnoletniego (poniżej 18 roku życia), lub opiekun prawny albo kurator dorosłej osoby ubezwłasnowolnionej, musi podpisać niniejsze podanie. Niepodpisane podania zostaną zwrócone.

Prosimy o przesłanie wypełnionego podania do: Office of Victim Services, 225 Spring Street, 4th Fl., Wethersfield, CT 06109; lub przesłanie Faksem na numer: 860-263-2780; lub drogą E-mail: OVSCompensation@jud.ct.gov

Skontaktuj się z OVS pod numerem: 1-888-286-7347

Witryna Internetowa OVS: www.jud.ct.gov/crimevictim

POWIADOMIENIE O ADA

Oddział Sądowy Stanu Connecticut działa zgodnie z Ustawą o Niepełnosprawnych (ADA).

Jeżeli potrzebujesz udogodnień, w ramach ustawy ADA, skontaktuj się z OVS pod numerem 1-800-822-8428.