



## OFFICE OF VICTIM SERVICES

*Focusing on a brighter future*

Służymy Ci pomocą. Jeżeli masz pytania dotyczące wypełnienia niniejszego podania, lub Programu Odszkodowań dla Ofiar, prosimy o kontakt telefoniczny z OVS pod numerem 1-888-286-7347. Ważne jest, abyś poinformował(a) OVS o jakiegokolwiek zmianie 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.

**Należy wypełnić zaznaczone części 1, 7 lub 7a, oraz 10.**

**CZĘŚĆ 1 - DANE OFIARY**

Dane osoby, która odniosła obrażenia ciała w wyniku przestępstwa.

Tytuł grzecznościowy:

Pan  Panna/Pani  Inny \_\_\_\_\_  
Imię, drugie imię i nazwisko ofiary | Data urodzenia (miesiąc/dzień/rok) | Wiek

\_\_\_\_\_  
Adres | Miejscowość | Stan | Kod pocztowy

\_\_\_\_\_  
Numer telefonu do kontaktu w ciągu dnia | Telefon komórkowy | E-mail

\_\_\_\_\_  
Główny język, którym się posługuje

**CZĘŚĆ 2 - INFORMACJE DOT. ROSZCZĄCEGO(-J)**

Osoba, która ma wydatki w związku z przestępstwem. Jeżeli ofiarą jest wnioskodawca, nie musisz wypełniać niniejszej części.

W jaki sposób roszcący(-a) jest powiązany(-a) z ofiarą?

adoptowane dziecko  siołka  brat  dziecko  wnuk/wnuczka  dziadek/babcia  brat przyrodni  siostra przyrodnia  siostrzeniec/bratanek  siostrzenica/bratanica  rodzic  partner w związku cywilnym  siostra  współmałżonek(-ka)  teść/ teściowa  pasierb(ica)  macocha/ojczym  wujek  inny \_\_\_\_\_

Tytuł grzecznościowy:

Pan  Panna/Pani  Inny \_\_\_\_\_  
Imię, drugie imię i nazwisko roszcącego(-j) | Data urodzenia (miesiąc/dzień/rok) | Wiek

\_\_\_\_\_  
Adres | Miejscowość | Stan | Kod pocztowy

\_\_\_\_\_  
Numer telefonu do kontaktu w ciągu dnia | Telefon komórkowy | E-mail

\_\_\_\_\_  
Główny język, którym się posługuje

### CZĘŚĆ 3 - DANE RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO/ KURATORA

Niniejsza część dotyczy rodziców lub opiekunów prawnych dzieci poniżej 18. roku życia, oraz opiekunów prawnych lub kuratorów ubezwłasnowolnionej osoby dorosłej.

Tytuł grzecznościowy:

Pan  Panna/Pani  Inny

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

Adres \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Stan \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Numer telefonu do kontaktu w ciągu dnia \_\_\_\_\_ Telefon komórkowy \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Główny język, którym się posługuje \_\_\_\_\_ Spokrewnienie/powiązanie:  rodzic  opiekun prawny  
 kurator

### CZĘŚĆ 4 - REPREZENTACJA PRAWNA

Aby ubiegać się o odszkodowanie dla ofiar, nie jest potrzebny Ci adwokat.

Zaznacz wszystko co dotyczy:

tak, w sprawie niniejszego podania reprezentuje mnie adwokat (prosimy wpisać dane adwokata)

tak, reprezentuje mnie adwokat w procesie cywilnym (prosimy wpisać dane adwokata)

nie, nie reprezentuje mnie adwokat

Imię, drugie imię i nazwisko adwokata \_\_\_\_\_ Nazwa kancelarii \_\_\_\_\_ Numer Juris \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Stan \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Telefon służbowy \_\_\_\_\_ Numer Faksu \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### CZĘŚĆ 5 - POZWOLENIE NA KONTAKT LUB ROZMOWĘ Z KIMŚ INNYM

Prosimy zaznaczyć pole, jeżeli dajesz OVS pozwolenie na skontaktowanie się z kimś innym, jeżeli nie uda nam się z Tobą skontaktować, oraz/ lub pozwolenie na rozmowę z kimś innym na temat Twojego roszczenia, a także podaj dane kontaktowe owej osoby.

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

Tytuł grzecznościowy:

Pan  Panna/Pani  Inny

Imię, drugie imię i nazwisko owej 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 6 - DANE DO CELÓW STATYSTYCZNYCH

Odpowiedź na te pytania nie jest obowiązkowa. Dane te są wykorzystywane w raportach stanowych i federalnych.

Czy ofiarę opisał(a)byś jako:

Rdzennego Amerykanin(-kę)/  
Rdzennego mieszkańca(-nkę) Alaski

Rdzennego Hawajczyk(-ka)/  
mieszkańca innej wyspy Pacyfiku

Azjate(-kę)

Osobę Ciemnoskóra/  
Afro-Amerykanina

Latynosa(-kę)

Osobę Białą nietatynską/Rasy kaukaskiej

Osobę innej rasy \_\_\_\_\_

Czy ofiara była niepełnosprawna zanim doszło do przestępstwa?  tak  nie  nie wiem

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

## Należy wypełnić Część 7 lub 7a.

### CZĘŚĆ 7 - DANE DOT. PRZESTĘPSTWA

Jeżeli przestępstwo dotyczyło przemocy domowej, lub handlu ludźmi, prosimy nie wypełniać tej części. W zamian, wypełnij część 7a.

Data(-y) przestępstwa \_\_\_\_\_ Adres (ulica, miejscowość, stan, kod pocztowy), gdzie zostało popełnione przestępstwo \_\_\_\_\_

Rodzaj przestępstwa, które spowodowało obrażenia ciała:

prowadzenie pod wpływem (dui)  uchylanie się od odpowiedzialności (ucieczka z miejsca wypadku)  napad fizyczny  
 rabunek  inny rodzaj

Krótko opisz przestępstwo i obrażenia cieleśne: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data zgłoszenia przestępstwa na policję: \_\_\_\_\_ Czy przestępstwo zostało zgłoszone na policję w ciągu 5 dni?  tak  nie  
(jeżeli nie, prosimy o wyjaśnienie): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wydział policji \_\_\_\_\_ Imię i nazwisko funkcjonariusza prowadzącego dochodzenie \_\_\_\_\_ Numer raportu policyjnego \_\_\_\_\_

### CZĘŚĆ 7a - PRZEMOC DOMOWA, HANDEL LUDZMI LUB NAPAŚĆ SEKSUALNA

Data(-y) przestępstwa \_\_\_\_\_ Adres (ulica, miejscowość, stan, kod pocztowy), gdzie zostało popełnione przestępstwo \_\_\_\_\_

Rodzaj przestępstwa:  przemoc domowa  przymusowa praca  napad seksualny  inny rodzaj \_\_\_\_\_

W przypadku napaści seksualnej, czy wykonano obdukcję i pobrano materiał dowodowy?  tak  nie

Jeżeli tak, podaj nazwę placówki służby zdrowia \_\_\_\_\_ Data obdukcji \_\_\_\_\_

Zaznacz poniżej, któremu specjalistce lub agencji powiedziałeś(-aś) o przestępstwie:  Certyfikowanemu terapeutce ds. przemocy domowej lub napaści seksualnej  Centrum rzecznictwa na rzecz dzieci  Wydziałowi ds. Dzieci i Rodzin (DCF)  Sędziemu (załącz kopię podpisanego cywilnego nakazu ochronnego lub zakazu zbliżania się)  Specjalistce w zakresie medycyny lub zdrowia psychicznego  członkowi personelu policji  pracownikowi szkolnemu  komus innemu \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko osoby, której powiedziałeś(-aś) o przestępstwie \_\_\_\_\_ Stanowisko \_\_\_\_\_ Data poinformowania tej osoby \_\_\_\_\_

Adres (ulica, miejscowość, stan, kod pocztowy) osoby, którą poinformowałeś(-aś) \_\_\_\_\_ Numer telefonu \_\_\_\_\_

### CZĘŚĆ 8 - INFORMACJE DOT. SPRAWCY

Czy ktoś został zaarrestowany w związku z przestępstwem?  
 tak  nie  nie wiem

Imię i nazwisko osoby zaarrestowanej, jeżeli jest znane \_\_\_\_\_

Czy sprawca stanął w sądzie?  tak  nie  nie wiem

Jeżeli tak, podaj miejscowość, w której znajduje się gmach sądu \_\_\_\_\_

Sygnatura akt, jeżeli jest znana: \_\_\_\_\_

## CZĘŚĆ 9 - WYDATKI ZWIĄZANE Z PRZESTĘPSTWEM I ŹRÓDŁA FINANSOWE

Zaznacz pole obok odszkodowania, o które się ubiegasz, pola obok dostępnych Tobie źródeł finansowych, oraz podaj wymagane informacje. Jeżeli jakiegokolwiek niezaznaczone źródła finansowe staną się do Twojej dyspozycji, będziesz musiał(a) skontaktować się z OVS. Jeżeli obecnie nie masz żadnych wydatków związanych z przestępstwem, ważne jest, abyś nadal złożył(a) podanie na wypadek, gdyby potrzebna Ci była pomocy finansowa w przyszłości.

**NIE MAM OBECNIE WYDATKÓW** (przejdź do Części 10, i podpisz podanie)

**WYDATKI NA POTRZEBY MED., DENTYST., TERAPEUT. ORAZ ZWIĄZANE Z REALIZACJĄ RECEPT**

Podaj imiona i nazwiska wszystkich świadczeniodawców u których się leczyłeś(-aś) i załącz kopie rachunków związanych z przestępstwem, wydruki recept wykazujące współpłatności oraz wyciągi z ubezpieczenia, 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 członkowski	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 (w razie wypadku/choroby)			
<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie pojazdu (pokrywające przestępstwa zw. z pojazdami)			
<input type="checkbox"/> Veterans Health Administration			
<input type="checkbox"/> Odszkod. za wypadek przy pracy (za przestępstwa do których doszło w pracy)			
<input type="checkbox"/> Darowizny (np. GoFundMe)			

**WYDATKI ZWIĄZ. Z UPRZĄTNIENIEM MIEJSCA ZBRODNI I SYSTEMAMI ZABEZP.** (maks. suma świadczenia 1000 USD)

Wypełnij niniejszą część jeżeli pokryłeś(-aś) całość lub część wydatków, i dostarcz kopie rachunków i paragonów, jeżeli są 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 JEDEN LUB WIĘCEJ Z PONIŻSZYCH ŚRODKÓW FINANS. POKRYWA LUB POKRYJE TWOJE WYDATKI ZW. Z PRZESTĘPSTWEM?**

	Firma ubezpieczeniowa	Numer polisy	Numer telefonu
<input type="checkbox"/> Ubezp. właścicieli nieruchomości			
<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie najemców			
<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie pojazdów (pokrywające przestępstwa zw. z pojazdami)			

## CZĘŚĆ 9 - WYDATKI ZWIĄZ. Z PRZESTĘPSTWEM I ŹRÓDŁA FINANSOWE (ciąg dalszy)

### WYDATKI ZW. ZE STAWIENIEM SIĘ W SĄDZIE DOROSŁYCH LUB DS. NIELETNICH, ALBO PRZED RADĄ DS. UŁASKAWIEN I ZWOLNIEN PRZEDTERMINOWYCH

Wypełnij niniejszą część jeżeli masz, lub będziesz miał(a), wydatki związane z obecnością na postępowaniach w sądzie dorosłych, sądzie ds. nieletnich, lub przed Radą ds. Ułaskawień i Zwolnień Przedterminowych. Postępowania to m.in. rozprawy, zaplanowane spotkania z prokuratorem, a w sprawach przemocy domowej - zaplanowane spotkania z doradcą ds. rodzinnych. Krewni uprawnieni do otrzymania takiego świadczenia to m.in.: dziecko ofiary (biologiczne, adoptowane, pasierb(ica)), współmałżonek(-ka), rodzic, rodzice współmałżonka(-ki), wnuk/wnuczka, dziadek/babcia, macocha/ojczym, rodzeństwo (biologiczne i przyrodnie), ciocia, wujek, siostrzenica/bratanica i siostrzeniec/bratanek.

Zaznacz jaki rodzaj wydatków i strat poniosłeś(-aś) lub poniesiesz?:

- koszty podróży (w tym zwrot kosztów za przejechany dystans/ mile)
- utracone wynagrodzenie (podaj dane Twojego pracodawcy w części „Utracone wynagrodzenie”. OVS skontaktuje się z Twoim pracodawcą aby uzyskać informacje dot. Twojej nieobecności w pracy, oraz wynagrodzenia i świadczeń. Jeżeli masz obawy co do tego, prosimy o kontakt telefoniczny z OVS).

Podaj daty, kiedy uczestniczyłeś(-aś) lub będziesz uczestniczył(a) w postępowaniach: \_\_\_\_\_

### UTRACONE WYNAGRODZENIE (zatrudniony(-a) lub samozatrudniony(-a))

Jeżeli w chwili popełnienia przestępstwa byłeś(-aś) zatrudniony(-a) lub samozatrudniony(-a), ubiegasz się o odszkodow. za utratę wynagrodz., miej na uwadze to, że OVS bierze pod uwagę jedynie dochód podlegający opodatkowaniu.

Zaznacz poniżej jeżeli jesteś samozatrudniony(-a) lub dajesz OVS pozwolenie na skontaktowanie się z Twoim pracodawcą, aby uzyskać informacje dotyczące Twojej nieobecności w pracy i Twojego wynagrodzenia i świadczeń.

- Jestem samozatrudniony(-a) (skontaktuje się z Tobą osoba rozpatrująca roszczenie)
- Wyrażam zgodę na kontakt z moim pracodawcą (podaj dane pracodawcy)
- Nie wyrażam zgody na kontakt z moim pracodawcą (skontaktuje się z Tobą osoba rozpatrująca roszczenie)

Nazwa/imię i nazwisko pracodawcy	Osoba kontaktowa	Telefon służbowy	
Adres	Miejscowość	Stan	Kod pocztowy
Przepracowane godziny w tygodniu	Stawka godzinowa	Napiwki, premie na tydzień	

Daty nieobecności w pracy z powodu obrażeń doznanych wskutek przestępstwa lub związane z opieką nad ofiarą \_\_\_\_\_

Jeżeli opuściłeś(-aś) więcej niż 1 tydzień pracy, musisz przedstawić zaświadczenie od swojego świadczeniodawcy usług zdrowotnych, uwzględniające daty Twojej nieobecności w pracy z powodu obrażeń powstałych w wyniku przestępstwa. Załącz kopię zaświadczenia do niniejszego podania lub podanie ponizszych danych:

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

### CZY JEDEN LUB WIĘCEJ Z PONIŻSZYCH ŚRODKÓW FINANS. POKRYWA LUB POKRYJE TWOJE WYDATKI ZW. Z PRZESTĘPSTWEM?

	Firma ubezpieczeniowa	Numer członkowski	Numer telefonu
<input type="checkbox"/> Wydział Usług Społecznych (finansowe)			
<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie inwalidzkie			
<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie na życie - w tym inwalidzkie			
<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie policjantów/strażaków			
<input type="checkbox"/> Renta inwalidzka Social Security			
<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie uzupełniające (od wypadku/choroby)			
<input type="checkbox"/> Zasiłki dla bezrobotnych			
<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie pojazdów (pokrywające przestępstwa zw. z pojazdami)			
<input type="checkbox"/> Odszkodow. za wypadek przy pracy (for crimes at work)			
<input type="checkbox"/> Darowizny (np. GoFundMe)			

## CZĘŚĆ 10 - STWIERDZENIE FAKTÓW I UPOWAŻNIENIE

Potwierdzam, że informacje zawarte w niniejszym podaniu o odszkodowanie dla ofiar są prawdziwe, zgodnie z moją wiedzą i przekonaniem. Upoważniam szpital, lekarza(-y) lub inne osoby które leczyły, badały lub świadczyły mi usługi, lub jakimkolwiek nieletniemu dziecku albo 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; jakikolwiek 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 co oryginał.

Wyrażam zgodę na ujawnienie przez OVS wszelkich informacji znajdujących się w aktach OVS, w tym inf. 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, 54-215 Kodeksu Ogólnego Stanu Connecticut).

Rozumiem, że muszę powiadomić OVS, jeśli wniosę powództwo przeciwko osobie odpowiedzialnej za uraz, za które OVS wypłaciło odszkodowanie, w ciągu 30 dni od wniesienia owego powództwa. Jeśli odzyskam pieniądze z wniesionego powództwa, na mocy wyroku lub ugody, rozumiem, że OVS jest upoważnione zgodnie z prawem stanowym do odzyskania 2/3 wcześniej wypłaconej kwoty przez OVS. Jeżeli wniosłem(-am) powództwo, zgadzam się bezzwłocznie przekazać kopię nakazu, nakazu stawiennictwa oraz pozwu biurowi OVS.

Rozumiem, że OVS będzie miało prawo wnieść powództwo w moim imieniu przeciwko osobie odpowiedzialnej za uraz, za który wypłacono pieniądze. Rozumiem również, że jeśli OVS odzyska pieniądze z pozwu, zgodnie z prawem stanowym OVS ma prawo zatrzymać 2/3 wypłaconej kwoty, pomniejszonej o wszelkie późniejsze koszty i wydatki. OVS wypłaci mi pozostałą kwotę (paragraf 54-212 Kodeksu Ogólnego Stanu Connecticut).

Rozumiem, że jeżeli ja lub osoba, w imieniu której się ubiegam, otrzymamy pieniądze z jakichkolwiek innych źródeł, w tym płatności od agencji stanowych lub miejskich, świadczenia ubezpieczeniowe lub odszkodowanie za wypadek przy pracy wskutek zdarzenia, OVS jest upoważnione na mocy prawa stanowego do odzyskania 2/3 kwoty którą wypłaciło (paragraf 54-212 Kodeksu Ogólnego Stanu Connecticut).

Rozumiem, że jeżeli sąd zasądzi wypłatę odszkodowania dla mnie, lub osoby w imieniu której się ubiegam, z tytułu wydatków pokrytych przez OVS, OVS ma prawo otrzymać pełny zwrot kosztów, chyba że sąd orzeknie inaczej (paragraf 54-215 Kodeksu Ogólnego Stanu Connecticut).

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

Podpis składającego(-ej) (podpis elektron. nie jest akceptowany)

Wpisz imię i nazwisko literami drukowanymi Data

*Podanie musi podpisać dorosły składający, rodzic, opiekun prawny, lub kurator nieletniego dziecka (poniżej 18. roku życia), lub opiekun prawny bądź kurator ubezwłasnowolnionej osoby dorosłej. Niepodpisane podania zostaną zwrócone.*

**Prosimy wysłać wypełnione podanie na adres:** Office of Victim Services, 225 Spring Street, 4th Floor, Wethersfield, CT 06109; or Fax to: 860-263-2780; lub faksem do: 860-263-2780; lub drogą E-mail: OVSCompensation@jud.ct.gov

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

**Strona internetowa OVS:** [www.jud.ct.gov/crimevictim](http://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.