



OFFICE OF VICTIM SERVICES

Focusing on a brighter future

Estamos aqui para ajudar. Caso você tenha dúvidas sobre como preencher este requerimento ou sobre o Programa de Indenização às Vítimas, ligue para os OVS no número 1-888-286-7347. É importante informar os OVS se houver mudança na sua informação para contato. Se os OVS não conseguirem contactá-lo, você corre o risco de perder os prazos importantes estabelecidos por lei estadual ou que seu pedido seja arquivado.

As Seções 1, 7 ou 7a e 10 destacadas deverão ser preenchidas.

SEÇÃO 1 - INFORMAÇÕES DA VÍTIMA

A pessoa que sofreu lesão corporal em decorrência do crime.

Título: Sr. Sr.^a Outros | _____
Nome da vítima (nome, nome do meio, sobrenome) | Data de nascimento (mês/dia/ano) | Idade

Endereço | Município | Estado | CEP

Telefone | Telefone Celular | E-mail

Língua nativa

SEÇÃO 2 - INFORMAÇÕES DO REQUERENTE

A pessoa que sofreu prejuízo financeiro em decorrência do crime. Se a vítima e o requerente são a mesma pessoa, não é necessário preencher esta seção.

Qual a relação entre o requerente e a vítima?

- filho adotivo tia irmão filho(a) neto(a) avô/avó meio-irmão meia-irmã
 sobrinho sobrinha genitor cônjuge de união civil irmã cônjuge sogro(a) enteado(a)
 padrasto/madrasta tio outras _____

Título: Sr. Sr.^a Outros | _____
Nome do requerente (Primeiro nome, nome do meio, sobrenome) | Data de nascimento (mês/dia/ano) | Idade

Endereço | Município | Estado | CEP

Telefone | Telefone Celular | E-mail

Língua nativa

SEÇÃO 3 - INFORMAÇÕES DO GENITOR/RESPONSÁVEL LEGAL/CURADOR

Esta seção é para os genitores ou responsáveis legais de menores de 18 anos e os responsáveis legais ou curadores de adultos incapazes.

Título: Sr. Sr.^a Outros _____
Nome do genitor/responsável legal (Primeiro nome, nome do meio, sobrenome)

Endereço _____ Município _____ Estado _____ CEP _____

Telefone _____ Telefone Celular _____ E-mail _____

Língua nativa _____ Parentesco: genitor responsável legal curador

SEÇÃO 4 - REPRESENTAÇÃO DE ADVOGADO

Não é necessário contratar um advogado para solicitar a indenização às vítimas.

Assinale todas as opções apropriadas:

- sim, tenho representação de advogado para este requerimento (preencher as informações do advogado)
 sim, tenho representação de advogado em uma ação civil (preencher as informações do advogado)
 não tenho representação de advogado

Nome do advogado (primeiro nome, nome do meio, sobrenome) _____ Nome do escritório de advocacia _____ Número de inscrição na Ordem dos Advogados de Connecticut _____

Endereço _____ Município _____ Estado _____ CEP _____

Telefone comercial _____ Número de fax _____ E-mail _____

SEÇÃO 5 PERMISSÃO PARA CONTATAR OU FALAR COM OUTRA PESSOA

Assinale esta opção caso você autorize os OVS a entrar em contato com outra pessoa se não conseguirem contato com você ou para falar sobre o pedido, ou ambos, e forneça a informação de contato de tal pessoa.

- Permissão para entrar em contato se os OVS não conseguirem entrar em contato comigo Permissão para conversar sobre o meu pedido

Título: Sr. Sr.^a Outros _____
Nome da pessoa (Primeiro nome, nome do meio, sobrenome) _____ Como você conhece esta pessoa? _____

Nome da agência _____ Endereço _____ Município _____ Estado _____ CEP _____

Telefone _____ Telefone celular _____ E-mail _____

SEÇÃO 6 - INFORMAÇÕES PARA FINS DE ESTATÍSTICAS SOCIAIS

Responder estas perguntas é facultativo. As informações são utilizadas em laudos estaduais e federais.

Você descreveria a vítima como:

- índio americano/nativo do Alasca asiático negro/afro-americano hispano/latino/latina
 nativo do Havai/outra ilha do Pacífico branco não latino/caucasiano outra raça _____

A vítima era pessoa com deficiência antes do crime? sim não desconhecido

Como você ficou sabendo do Programa de Indenização às Vítimas: _____

Deverá preencher a Seção 7 ou a Seção 7a.

SEÇÃO 7 - INFORMAÇÕES SOBRE O CRIME

Se o crime era de violência doméstica, tráfico de pessoas ou agressão sexual, não preencha esta seção. Pelo contrário, preencha a Seção 7a.

Data(s) do crime _____ Endereço (rua, município, estado, CEP) onde se deu o crime _____

Tipo de crime que ocasionou lesão(ões) corporal(ais): dirigir sob a influência fuga de responsabilidade outros
 agressão física roubo

Forneça uma descrição breve do crime e da(s) lesão(ões) corporal(ais): _____

Data em que o crime foi denunciado _____ O crime foi denunciado dentro de um prazo de 5 dias? sim não
à autoridade policial: _____ (se não foi, explique): _____

Delegacia _____ Nome do policial responsável pelo inquérito _____ Número do boletim de ocorrência _____

SEÇÃO 7a - CRIMES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, TRÁFICO DE PESSOAS OU AGRESSÃO SEXUAL

Data(s) do crime _____ Endereço (rua, município, estado, CEP) onde se deu o crime _____

Tipo de crime: violência doméstica trabalho forçado agressão sexual outros _____

Caso o crime tenha sido agressão sexual, você fez o exame forense de agressão sexual e a coleta de provas? sim não

Caso tenha feito, nome do estabelecimento de saúde _____ Data do exame _____

Assinalar qual profissional ou agência você alertou sobre o crime: conselheiro credenciado de violência doméstica ou agressão sexual

centro de advocacia para menores de idade Conselho Tutelar

juiz (anexar uma cópia lavrada da medida protetiva da vara civil ou a medida protetiva de urgência) profissional de medicina ou saúde psicológica

autoridade policial profissional da escola outros _____

Nome da pessoa a quem você informou sobre o crime _____ Título _____ Data que você informou _____

Endereço (rua, município, estado, CEP) da pessoa que você informou _____ Telefone _____

SEÇÃO 8 - INFORMAÇÕES SOBRE O AUTOR DO CRIME

Alguém foi preso em decorrência do crime? sim não desconhecido _____
Nome da pessoa presa, se conhecido

O autor responde um processo penal? sim não desconhecido _____
Caso responda, município onde o fórum é localizado

Número do processo, se conhecido: _____

SEÇÃO 9 - DESPESAS RELACIONADAS AO CRIME E RECURSOS FINANCEIROS

Assinale o quadrículo do lado do benefício de indenização solicitado, os quadrículos do lado dos recursos financeiros a sua disposição e forneça as informações solicitadas. Você deve contatar os OVS caso um dos recursos financeiros não assinalados fique disponível a você. Mesmo que no momento você não tenha sofrido nenhuma despesa em decorrência do crime é importante protocolar o requerimento caso você precise de assistência financeira futuramente.

SEM DESPESAS NESTE MOMENTO (preencha a Seção 10 e assinar o requerimento)

DESPESAS MÉDICAS, DE SAÚDE MENTAL, ODONTOLÓGICAS E COM RECEITAS MÉDICAS

Relate os nomes de todos os provedores que lhe forneceram tratamento e, caso disponíveis, anexe cópias de faturas, comprovantes de valores de co-participação de receitas médicas e demonstrativos de pagamento de benefícios de seguro.

Nome do Provedor	Endereço (rua, município, estado, CEP)	Telefone

1 OU MAIS DESTES RECURSOS FINANCEIROS PAGARAM OU PAGARÃO DESPESAS SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO CRIME?

	Seguradora	Número do Membro	Telefone
<input type="checkbox"/> Seguro Dentário			
<input type="checkbox"/> Departamento de Serviços Sociais (Medicaid/Husky)			
<input type="checkbox"/> Seguro de Saúde (primário)			
<input type="checkbox"/> Seguro de Saúde (secundário)			
<input type="checkbox"/> Medicare			
<input type="checkbox"/> Seguro Suplementar (de acidente/doença)			
<input type="checkbox"/> Seguro de Automóvel (para crimes que envolvem veículos automotores)			
<input type="checkbox"/> Administração de Saúde de Veteranos Reformados			
<input type="checkbox"/> Indenização Trabalhista (para crimes ocorridos no trabalho)			
<input type="checkbox"/> Doações (exemplo GoFundMe)			

LIMPEZA DO LOCAL DO CRIME E INSTALAÇÃO DE SISTEMA DE SEGURANÇA (limite de US \$1.000,00)

Preencha esta seção caso você tenha sido responsável, parcial ou totalmente, pelas despesas. Forneça uma cópia da nota de seu profissional de saúde ou saúde mental que relata que estas despesas fazem parte de seu tratamento e anexe, caso disponíveis, cópias de faturas e recibos. As despesas podem incluir troca ou conserto de fechaduras, janelas e portas danificadas como também as despesas de equipamento e instalação de sistemas e aparelhos de segurança.

Nome do Provedor	Endereço (rua, município, cidade, CEP)	Telefone

1 OU MAIS DESTES RECURSOS FINANCEIROS PAGARAM OU PAGARÃO DESPESAS SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO CRIME?

	Seguradora	Número da Apólice	Telefone
<input type="checkbox"/> Seguro Residencial			
<input type="checkbox"/> Seguro de Aluguel			
<input type="checkbox"/> Seguro de Automóvel (para crimes que envolvem veículos automotores)			

SEÇÃO 9 - DESPESAS RELACIONADAS AO CRIME E RECURSOS FINANCEIROS (continuação)

DESPESAS DE VIAGEM PARA POSSIBILITAR A PRESENÇA NOS PROCEDIMENTOS DA VARA CRIMINAL, DA VARA DA INFÂNCIA E JUVENTUDE E DO CONSELHO PENITENCIÁRIO

Preencha esta seção caso você tenha ou terá despesas para estar presente nos procedimentos da vara criminal, da vara da infância e juventude ou do Conselho Penitenciário. Procedimentos são audiências, reuniões com o promotor e, em causas de violência doméstica, reuniões com o responsável do departamento de mediação familiar. Os parentes qualificados para este benefício são os filhos (naturais, adotivos ou enteados) da vítima, cônjuges, genitores, sogros, netos, avôs, padrastos, irmãos (inclusive meio-irmãos), tias, tios, sobrinhas e sobrinhos.

Favor assinalar o tipo de despesas e perdas que você tem ou terá.

- despesas de viagem (incluindo reembolso de quilometragem)
- lucros cessantes (preencher a informação sobre seu empregador na seção Lucros Cessantes. Os OVS entrarão em contato com seu empregador para obter informações sobre as datas das faltas, o salário e os benefícios. Em caso de dúvidas, entre em contato com os OVS)

Informe as datas nas quais você foi ou irá aos procedimentos: _____

LUCROS CESSANTES (como empregado ou autônomo)

Se você trabalhava como empregado ou autônomo na época do crime e agora está requerendo o pagamento de lucros cessantes é importante saber que os OVS somente podem considerar a renda tributável.

Assinale se você é autônomo ou se está autorizando os OVS a contatar seu empregador para obter informações sobre suas faltas ao trabalho e sobre o salário e benefícios.

- Sou autônomo (um examinador de pedidos entrará em contato)
- Dou autorização a entrar em contato com meu empregador (preencha as informações do empregador)
- Não dou autorização a entrar em contato com meu empregador (um examinador de pedidos entrará em contato)

Nome do empregador _____ Nome do contato _____ Telefone comercial _____

Endereço _____ Município _____ Estado _____ CEP _____

Horas trabalhadas por semana _____ Valor Hora _____ Gorjeta, bônus semanal _____

Data(s) da(s) falta(s) ao trabalho ocasionada(s) por lesões decorrentes do crime ou por cuidados à vítima _____

Caso você tenha faltado ao trabalho por mais de uma semana, deverá fornecer um atestado do profissional de saúde, o qual lista as datas das suas faltas ao trabalho ocasionadas por lesões decorrentes do crime. Anexe uma cópia do atestado a este requerimento ou preencha as informações abaixo:

Nome do profissional de saúde _____ Endereço (rua, município, estado, CEP) _____ Telefone _____

1 OU MAIS DESTES RECURSOS FINANCEIROS PAGARAM OU PAGARÃO DESPESAS SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO CRIME?

	Seguradora	Número do Membro	Telefone
<input type="checkbox"/> Departamento de Serviços Sociais (financeiro)			
<input type="checkbox"/> Seguro Invalidez			
<input type="checkbox"/> Seguro de Vida - Seguro Adicional de Invalidez			
<input type="checkbox"/> Seguro de Policial/Bombeiro			
<input type="checkbox"/> Previdência Social por Invalidez			
<input type="checkbox"/> Seguro Suplementar (de acidente/doença)			
<input type="checkbox"/> Seguro Desemprego			
<input type="checkbox"/> Seguro de Automóvel (para crimes que envolvem veículos automotores)			
<input type="checkbox"/> Indenização Trabalhista (para crimes ocorridos no trabalho)			
<input type="checkbox"/> Doações (exemplo GoFundMe)			

SEÇÃO 10 - DECLARAÇÃO E AUTORIZAÇÃO

Declaro, salvo melhor crença e juízo, serem verdadeiras as informações constantes deste requerimento de indenização à vítima. Dou autorização às seguintes entidades a fornecer aos Serviços de Apoio às Vítimas (OVS) ou seu representante quaisquer informações sobre a ocorrência que ocasionou as lesões corporais da vítima e sobre este requerimento de indenização às vítimas: Hospitais, médicos ou outras pessoas que tenham atendido, examinado ou fornecido serviços tanto para mim ou para qualquer menor de idade ou adulto incapaz que eu seja o genitor, responsável legal ou curador com a autoridade de agir em seu interesse; meu(s) empregador(es) e o(s) empregador(es) da pessoa que eu esteja representando; quaisquer autoridades policiais ou outras autoridades e agências municipais ou autoridades públicas, inclusive receitas estaduais e federais e quaisquer empresas ou agências de seguro com conhecimento da ocorrência. A cópia desta autorização será considerada tão válida quanto a via original.

Autorizo os OVS a divulgar quaisquer informações, inclusive as confidenciais, constantes de seus registros aos escritórios da Divisão de Serviços de Apoio Forenses, ao Ministério Público, à Procuradoria Geral, ao Ministério Público Federal e aos advogados particulares constituídos tanto por mim quanto pelos OVS e autorizo os OVS a se comunicar livremente com tais órgãos sempre que necessário (Artigos 54-208(e), 54-212, e 54-215 dos Estatutos Gerais de Connecticut).

Entendo que tenho a obrigação de informar os OVS de qualquer ação ajuizada contra o responsável pelos danos pagos pelos OVS dentro de um prazo de 30 dias do ajuizamento da ação. Se eu recuperar dinheiro mediante a ação, quer seja por sentença ou transação da ação, entendo que os OVS têm o direito, conforme a lei estadual, a 2/3 do valor pago pelos OVS (Artigo 54-212 dos Estatutos Gerais de Connecticut). Concordo em fornecer de imediato uma cópia do mandado, citação e petição inicial aos OVS caso eu tenha ajuizado uma ação.

Entendo que os OVS terão o direito de ajuizar uma ação em meu nome contra o responsável pelos danos que ocasionou o pagamento de indenização. Também entendo que se os OVS recuperarem dinheiro mediante a ação, os OVS têm o direito, conforme lei estadual, de ficar com 2/3 do montante pago, menos quaisquer custos e despesas incorridos posteriormente. Os OVS me pagarão qualquer saldo remanescente superior a tal montante (Artigo 54-212 dos Estatutos Gerais de Connecticut).

Entendo que se eu ou a pessoa que eu estou representando neste requerimento receber dinheiro de alguma outra fonte, inclusive pagamentos de agências estaduais ou municipais, benefícios de seguro ou indenização trabalhista ocasionados pela ocorrência, os OVS têm direito, por lei estadual, a 2/3 do valor pago pelos OVS (Artigo 54-212 dos Estatutos Gerais de Connecticut).

Entendo que se o juízo ordenar indenização pelas despesas dos OVS para mim ou para a pessoa que eu estou representando neste requerimento, os OVS têm direito à reembolso integral, salvo disposição em contrária do juiz (Artigo 54-215 dos Estatutos Gerais de Connecticut).

Entendo também que os provedores poderão ser reembolsados diretamente pelas minhas dívidas.

Assinatura do requerente (não é permitida a assinatura eletrônica) Escrever seu nome em letra de forma Data

Este requerimento deverá ser assinado pelo requerente adulto, o genitor, responsável legal ou curador de crianças menores de idade (menores de 18 anos) ou o responsável legal ou curador de adulto incapaz. Requerimentos sem assinatura serão devolvidos.

Envie o requerimento preenchido a: Office of Victim Services, 225 Spring Street, 4th Floor, Wethersfield, CT 06109; ou por Fax a: 860-263-2780; ou por E-mail a: OVSCompensation@jud.ct.gov

Entre em contato com os OVS no número: 1-888-286-7347

Site dos OVS: www.jud.ct.gov/crimevictim

COMUNICADO SOBRE A ADA

O Poder Judiciário do Estado de Connecticut cumpre com a Lei para Americanos com Deficiências (ADA na sigla em inglês). Se necessitar de adaptações razoáveis em cumprimento com a ADA, ligue para os OVS no número 1-800-822-8428.