



OFFICE OF VICTIM SERVICES

Focusing on a brighter future

Entendemos a dificuldade que você e sua família estão passando. Estamos aqui para ajudar. Caso você tenha perguntas sobre o preenchimento deste 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 destacadas 1, 2, 7 e 11 deverão ser preenchidas.

SEÇÃO 1 - INFORMAÇÃO DA VÍTIMA

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

Endereço _____ Município _____ Estado _____ CEP _____

SEÇÃO 2 - INFORMAÇÕES DO REQUERENTE

A pessoa que sofreu prejuízo financeiro em decorrência do crime.

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 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 Havaí/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: _____

SEÇÃO 4 - 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 5 - 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 6 - 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 _____

Deverá preencher a Seção 7.

SEÇÃO 7 - INFORMAÇÕES SOBRE O CRIME

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

Tipo de crime: dirigir sob a influência fuga de responsabilidade homicídio

outros (fornecer uma descrição breve do crime): _____

Data em que o crime foi denunciado _____ Delegacia _____ Nome do policial responsável pelo inquérito _____ Número do boletim de ocorrência _____

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 - CRIMES ENVOLVENDO AUTOMÓVEL

Preencher esta seção caso o crime tenha envolvido veículo automotor (por exemplo carro, motocicleta ou barco).

Deverá assinalar pelo menos 1 das seguintes opções:

Acionei o seguro da vítima

Acionei o seguro:

do outro motorista

de um parente

do meu empregador

Não acionei nenhum seguro. Explique o porquê: _____

Recebeu pagamento do seguro? sim não o pagamento está pendente

Caso você tenha acionado o seguro ou tenha seguro disponível, preencha as seguintes informações:

Nome do dono da apólice (primeiro nome, nome do meio, sobrenome) _____ Nome da seguradora _____ Número da apólice _____

Endereço (rua, município, estado, CEP) _____ Telefone _____

Se o outro motorista estava sobre a influência de álcool ou drogas, você ajuizou ou ajuizará uma ação civil contra a empresa ou pessoa que forneceu o álcool? sim não desconhecido

SEÇÃO 10 - 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 11 e assinar o requerimento)

DESPESAS FUNERÁRIAS (limite de US \$6.000,00)

Preencha esta seção caso você tenha ou terá despesas funerárias. Anexe uma cópia da certidão de óbito, caso disponível, e também cópias de recibos dos pagamentos ou uma fatura detalhada da funerária.

A vara de sucessões constituiu um espólio inventariado? sim não desconhecido

Caso tenha assinalado a opção sim acima, você é o administrador ou testamenteiro do espólio?

sim (anexar uma cópia da nomeação da vara de sucessões)

não (requerer do espólio o reembolso pelas despesas funerárias)

Nome da funerária _____ Nome do contato _____ Telefone _____

Endereço _____ Município _____ Estado _____ CEP _____

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

	Seguradora	Número do Membro	Telefone
<input type="checkbox"/> Seguro Funerário ou de Enterro	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Departamento de Serviços Sociais (funeral)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Seguro de Automóvel (para crimes que envolvam veículos automotores)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Indenização Trabalhista para crimes ocorridos no trabalho	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Doações (exemplo: GoFundMe)	_____	_____	_____

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 envolvam 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)	_____	_____	_____

SEÇÃO 10 - DESPESAS RELACIONADAS AO CRIME E RECURSOS FINANCEIROS (continuação)

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

Preencher esta seção caso você tenha sido responsável, parcial ou totalmente, pelas despesas e, caso disponíveis, forneça cópias de faturas e recibos. As despesas podem incluir limpeza de materiais de risco biológico, 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 <small>(para crimes que envolvem veículos automotores)</small>			

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. Os parentes qualificados para este benefício são os filhos (naturais, adotivos ou enteados(as)) da vítima, cônjuges, genitores, sogros(as), netos(as), avôs/avós, padrastos/madrastas, 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:

UMA SEMANA DE LUTO (preencher a Seção Lucros Cessantes)

LUCROS CESSANTES (employed or self-employed)

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

CESSAÇÃO DE ALIMENTOS

Relatar todos os dependentes financeiros da vítima (cônjuge e filhos). Para filhos, anexar uma cópia da certidão de nascimento. Para cônjuge, anexar uma cópia da certidão de casamento (anexar folhas adicionais, se necessário).

Nome do dependente	Endereço (rua, município, estado, CEP)	Parentesco com a vítima	Data de nascimento(mês/dia/ano)	Genitor ou responsável legal

SEÇÃO 11 - 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 a morte 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 ou pela morte que ocasionaram o pagamento da indenização 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 ou morte que ocasionaram 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.