



犯罪受害人福利申请 - 伤症索偿

Crime Victims Compensation Program
PO Box 44520
Olympia WA 98504-4520

电子邮箱: CrimeVictimsProgramM@Lni.wa.gov

传真: 360-902-5333

如欲了解资讯, 请访问我们的网站: www.Lni.wa.gov/CrimeVictims

被害人信息	
首选语言 (如果非英语)	电子邮箱地址
姓名 (名, 中间名, 姓)	
社会安全号码 (选填)	电话号码
出生日期 (月/日/年)	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
邮寄地址	
城市	州 邮政编码
如果受害人为未成年人, 请提供代表被害人申请之父母或监护人全名。	
姓名	关系
谁有权代您致电犯罪受害人补偿计划 (Crime Victims Compensation Program, CVCP)?	
姓名	关系
电话号码	电子邮箱地址

其他信息	
您如何获知 CVCP? 请勾选适用的方框。	
<input type="checkbox"/> 警署/执法机构	<input type="checkbox"/> 检察官办公室
<input type="checkbox"/> 被害人证人服务	<input type="checkbox"/> 医院
<input type="checkbox"/> 其他:	<input type="checkbox"/> 受害人援助计划辩护人
<input type="checkbox"/> 其他:	<input type="checkbox"/> 医疗护理提供者
您的婚姻状况为? 请勾选适用的方框。	
<input type="checkbox"/> 已婚	<input type="checkbox"/> 单身
<input type="checkbox"/> 同居伴侣	<input type="checkbox"/> 离婚
<input type="checkbox"/> 分居	
您的原国籍为?	
您的种族为? 请勾选适用的方框。	
<input type="checkbox"/> 非裔美国人	<input type="checkbox"/> 亚洲人
<input type="checkbox"/> 西班牙裔	<input type="checkbox"/> 美洲原住民
<input type="checkbox"/> 其他:	<input type="checkbox"/> 白种人
<input type="checkbox"/> 其他:	<input type="checkbox"/> 太平洋岛民
您是否患有残障?	该残障是否因此犯罪而导致?
<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
残障类型	
<input type="checkbox"/> 身体残障 <input type="checkbox"/> 心理残障 <input type="checkbox"/> 两者都有	
您想申请何种福利?	
<input type="checkbox"/> 医疗 <input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 心理健康 <input type="checkbox"/> 工资损失	

犯罪信息

注意：此犯罪必须已向警察机关报案

事故日期（月/日/年）	报告日期（月/日/年）	事故发生时间 早上 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/>
犯罪地点		
城市	州	邮政编码
该犯罪是否于工作中发生？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		
您已向何种执法机构报案？		
请勾选适用的方框： <input type="checkbox"/> 警署 <input type="checkbox"/> 华盛顿州巡警 <input type="checkbox"/> 联邦调查局(Federal Bureau of Investigations, FBI) <input type="checkbox"/> 县警长 <input type="checkbox"/> 部落警察		
警官姓名	电话号码	报告编号
犯罪类型 <input type="checkbox"/> 袭击 <input type="checkbox"/> 民事拘禁 <input type="checkbox"/> 酒驾(Driving Under the Influence, DUI) <input type="checkbox"/> 未安全装载 <input type="checkbox"/> 性侵犯 <input type="checkbox"/> 家庭暴力 <input type="checkbox"/> 车辆袭击 <input type="checkbox"/> 抢劫/盗窃		
犯罪简要描述		
所使用的武器	身体受伤区域	罪犯姓名
事故发生时，罪犯是否与您居住在一起？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		
如果您已参与针对性暴力犯罪者的民事拘禁诉讼，他们何时就此诉讼联络您？		
日期	谁联络了您	电话号码
您是否已提出或有意提起民事诉讼？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不确定		

律师信息

您是否有代表您的律师？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		
如果您有代表您的律师，请勾选适用的方框： <input type="checkbox"/> 律师作为本人的个人伤症索偿（汽车保险）或法律诉讼代表 <input type="checkbox"/> 律师同时作为本人的犯罪被害人索偿与个人伤症索偿（汽车保险）或法律诉讼代表 注意：如果律师作为您犯罪被害人索偿的代表，所有部门的通讯都将发送给您的律师。		
律师姓名		
电子邮箱地址	电话号码	
地址		
城市	州	邮政编码
工资信息		

针对工资损失福利，您必须于受伤日期或在受伤之前六个月内处于被雇佣状态。

如果您于犯罪日期或在犯罪日期之前六个月内处于被雇佣状态或属于个体经营者，且正申请此福利，请填写此部分。如有需要，我们可能会联络您的雇主。如果您对此有任何顾虑，请致电我们。

您于犯罪日期是否处于被雇佣状态？

否 是

您在犯罪发生前六个月是否处于被雇佣状态？

否 是

若答案为是且您正申请工资补偿福利，请提供以下雇主信息

雇主姓名或名称	联络人姓名
雇主地址	
城市	州 邮政编码
电话号码	最后一天上班的日期
您是否已返回工作岗位？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	如果是，您返回工作岗位的日期
工资 \$ <input type="checkbox"/> 小时 <input type="checkbox"/> 天 <input type="checkbox"/> 周 <input type="checkbox"/> 月	
每天工作时数	每周工作天数
其他收入 \$	其他收入来自 <input type="checkbox"/> 计件工作 <input type="checkbox"/> 小费 <input type="checkbox"/> 佣金 <input type="checkbox"/> 奖金
您是否已使用病假/假期或残障福利？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	
年收入水平。请勾选您适用的方框 <input type="checkbox"/> \$0 — \$20,000 <input type="checkbox"/> \$20,001 — \$50,000 <input type="checkbox"/> \$50,001 — \$75,000 <input type="checkbox"/> \$75,001 — \$100,000 <input type="checkbox"/> \$100,001 或以上	

保险信息

提供此信息将确保医疗开支的合理支付。

注意：您需要先使用您拥有的任何可用私人或公共保险。此犯罪被害人补偿计划 (Crime Victims Compensation Program) 是最终福利支付人。如果您拥有私人或公共保险，服务提供者应首先向您的承保人开具账单。请提供任何您拥有的保险的准确信息，以确保账单得到正确支付。

您是否拥有保险？如果是，请提供以下请求的信息。

否 是

此犯罪被害人补偿计划是最终付款人。提供者应首先为您的基本保险开具账单。请列出所有可用保险以包括：健康保险、牙科保险、眼科保险、HCA/Medicaid、退伍军人保险、社会安全福利金、DSHS/公共补助金、雇员补偿、印第安人健康保险、汽车保险（受害人与罪犯）、摩托车保险、人寿保险、房屋保险、承租人保险。CVCP 仅在您保险支付后支付福利。如有需要，请附上另外的纸张。

保险公司名称	
电话号码	保单持有人姓名
请提供以下任一信息：保单持有人 ID、团体编号或社会安全号码 (SSN)	符合资格的日期
保险公司名称	
电话号码	保单持有人姓名
请提供以下任一信息：保单持有人 ID、团体编号或社会安全号码 (SSN)	符合资格的日期

服务提供者信息

Claim No. _____

如果您已就诊医疗提供者或其他服务提供者，或者在医疗诊所或医院填写此表，
请要求为您看诊的医疗专业人士填写以下部分。

服务提供者名称:	服务提供者之 L&I 服务提供者编号
设施名称	电话号码
地址	
城市	州 邮政编码
患者首次就此犯罪伤症接受治疗的日期	
诊断代码	
伤症描述	
患者是否因其伤症而损失工作时间? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	
已认证工资损失 从: 到:	

服务提供者签名_____
日期

保密信息披露授权书

注意：此表须经被害人或法定监护人签名方有效

本人特此授权任何医院、医生、殡仪馆馆长、或其他提供服务的人士、任何受害人雇主、任何执法机构或任何政府机构，包括州与联邦服务处、任何与所有保险公司、或拥有确定此福利索偿资格所需知识的任何其他机构向此犯罪受害人补偿计划或其代表提供任何和所有信息，包括但不限于由他们自己或他人生成的具体涉及此索偿的文件。可能需要其他信息以确定情况是否与此犯罪相关。本人理解这可能包括任何 HIV 与其他性传染病化验、酒精、药物与精神病治疗的结果。

本人理解，如果本人透过法院强制的赔偿或针对罪犯的民事诉讼、任何保险理赔、或从任何政府或私人机构收到的钱款而获得任何损失赔偿，本人应退还华盛顿州受害人补偿计划针对此索偿支付的任何补偿。

本人签名如下，藉以证明以上陈述属实且正确；若有不实之词，愿依照华盛顿州法律接受伪证罪处罚。

若受害人为未成年人，请父母或法定监护人签字。如果您是法定监护人，请向受害人补偿计划发送一份监护权文件证明副本。

 正楷姓名

 签名

 日期

Note to Medical Providers:

RCW 7.68.145: Release of information in performance of official duties.

Notwithstanding any other provision of law, all law enforcement, criminal justice, or other governmental agencies, or hospital; any physician or other practitioner of the healing arts; or any other organization or person having possession or control of any investigative or other information pertaining to any alleged criminal act or victim concerning which a claim for benefits has been filed under this chapter, shall, upon request, make available to and allow the reproduction of any such information by the section of the department administering this chapter or other public employees in their performance of their official duties under this chapter.

Your disclosure of this information is allowed under the Health Insurance Portability and Accounting Act (HIPAA). This disclosure is required by Washington State law. You may disclose health information under HIPAA without an authorization if that disclosure is required by law, 45 CFR § 164.512(a). Also, since your disclosure is required by law it is not subject to HIPAA's minimum necessary standard, 45 CFR § 164.502(b)(2)(v).