



犯罪受害人福利申請 – 傷症索償

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

電子郵箱：CrimeVictimsProgramM@Lni.wa.gov

傳真：360-902-5333

造訪我們的網站：www.Lni.wa.gov/CrimeVictims

受害人資訊	
首選語言（如果非英語）	電子郵箱地址
姓名（名，中間名，姓）	
社會安全號碼（選填）	電話號碼
出生日期（月/日/年）	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
郵寄地址	
城市	州 郵遞區號
如果受害人為未成年人，請提供代表被害人申請之父母或監護人全名。	
姓名	關係
誰有權代您致電犯罪受害人補償計劃 (Crime Victims Compensation Program, CVCP) ?	
姓名	關係
電話號碼	電子郵箱地址

其他資訊	
您如何獲知 CVCP？請勾選適用的方框。	
<input type="checkbox"/> 警署/執法機構	<input type="checkbox"/> 檢察官辦公室
<input type="checkbox"/> 受害人證人服務	<input type="checkbox"/> 醫院
<input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 受害人援助計劃辯護人
	<input type="checkbox"/> 醫療護理提供者
您的婚姻狀況為？請勾選適用的方框。	
<input type="checkbox"/> 已婚	<input type="checkbox"/> 單身
<input type="checkbox"/> 同居伴侶	<input type="checkbox"/> 離婚
	<input type="checkbox"/> 分居
您的原國籍為？	
您的種族為？請勾選適用的方框。	
<input type="checkbox"/> 非裔美國人	<input type="checkbox"/> 亞洲人
<input type="checkbox"/> 西班牙裔	<input type="checkbox"/> 美洲原住民
<input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 白種人
	<input type="checkbox"/> 太平洋島民
您是否患有殘障？	該殘障是否因此犯罪而導致？
<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
殘障類型	
<input type="checkbox"/> 身體殘障 <input type="checkbox"/> 心理殘障 <input type="checkbox"/> 兩者都有	
您想申請何種福利？	
<input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 心理健康 <input type="checkbox"/> 工資損失	

犯罪資訊		
注意：此犯罪必須已向警察機關報案		
事故日期（月/日/年）	報告日期（月/日/年）	事故發生時間 早上 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/>
犯罪地點		
城市	州	郵遞區號
該犯罪是否於工作中發生？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		
您已向何種執法機構報案？		
請勾選適用的方框： <input type="checkbox"/> 警署 <input type="checkbox"/> 華盛頓州巡警 <input type="checkbox"/> 聯邦調查局(Federal Bureau of Investigations, FBI) <input type="checkbox"/> 縣警長 <input type="checkbox"/> 部落警察		
警官姓名	電話號碼	報告編號
犯罪類型 <input type="checkbox"/> 襲擊 <input type="checkbox"/> 民事拘禁 <input type="checkbox"/> 酒駕 ((Driving Under the Influence, DUI) <input type="checkbox"/> 未安全裝載 <input type="checkbox"/> 性侵犯 <input type="checkbox"/> 家庭暴力 <input type="checkbox"/> 車輛襲擊 <input type="checkbox"/> 搶劫/盜竊		
犯罪簡要描述		
所使用的武器	身體受傷區域	罪犯姓名
事故發生時，罪犯是否與您居住在一起？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		
如果您已參與針對性暴力犯罪者的民事拘禁訴訟，他們何時就此訴訟聯絡您？		
日期	誰聯絡了您？	電話號碼
您是否已提出或有意提起民事訴訟？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不確定		

律師資訊	
您是否有代表您的律師？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	
如果您有代表您的律師，請勾選適用的方框： <input type="checkbox"/> 律師作為本人的個人傷症索償（汽車保險）或法律訴訟代表 <input type="checkbox"/> 律師同時作為本人的犯罪被害人索償與個人傷症索償（汽車保險）或法律訴訟代表 注意：如果律師作為您犯罪受害人索償的代表，所有部門的通訊都將發送給您的律師。	
律師姓名	
電子郵箱地址	電話號碼
地址	
城市	州 郵遞區號

工資資訊

針對工資損失福利，您必須於受傷日期或在受傷之前六個月內處於被僱傭狀態。

如果您於犯罪日期或在犯罪日期之前六個月內處於被僱傭狀態或屬於個體經營者，且正申請此福利，請填寫此部分。如有需要，我們可能會聯絡您的僱主。如果您對此有任何關切，請致電我們。

您於犯罪日期是否處於被僱傭狀態？

否 是

您在犯罪發生前六個月是否處於被僱傭狀態？

否 是

若答案為是且您正申請工資補償福利，請提供以下僱主資訊

僱主姓名或名稱	聯絡人姓名
僱主地址	
城市	州 郵遞區號
電話號碼	最後一天上班的日期
您是否已返回工作崗位？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	如果是，您返回工作崗位的日期
工資 \$ <input type="checkbox"/> 小時 <input type="checkbox"/> 天 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月	
每天工作時數	每週工作天數
其他收入 \$	其他收入來自 <input type="checkbox"/> 計件工作 <input type="checkbox"/> 小費 <input type="checkbox"/> 佣金 <input type="checkbox"/> 獎金
您是否使用病假/假期或殘障福利？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	
年收入水準。請勾選您適用的方框 <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	

保險資訊

提供此資訊將確保醫療開支的合理支付。

注意：您需要先使用您擁有的任何可用私人或公共保險。此犯罪受害人補償計劃 (Crime Victims Compensation Program) 是最終福利支付人。如果您擁有私人或公共保險，提供者應首先向您的承保人開具賬單。請提供任何您擁有的保險的準確資訊，以確保賬單得到正確支付。

您是否擁有保險？如果是，請提供以下請求的資訊。

否 是

此犯罪受害人補償計劃是最終付款人。提供者應首先為您的基本保險開具賬單。請列出所有可用保險以包括：健康保險、牙科保險、眼科保險、HCA/Medicaid、退伍軍人保險、社會安全福利金、DSHS/公共補助金、僱員補償、印第安人健康保險、汽車保險（受害人與罪犯）、機車保險、人壽保險、房屋保險、承租人保險。CVCP 僅在您保險支付後支付福利。如有需要，請附上另外的紙張。

保險公司名稱	
電話號碼	保單持有人姓名
請提供以下任一資訊：保單持有人 ID、團體編號或社會安全號碼 (SSN)	符合資格的日期
保險公司名稱	
電話號碼	保單持有人姓名
請提供以下任一資訊：保單持有人 ID、團體編號或社會安全號碼 (SSN)	符合資格的日期

Claim No. _____

服務提供者資訊

如果您已就診醫療提供者或其他服務提供者，或者在醫療診所或醫院填寫此表，請要求為您看診的醫療專業人士填寫以下部分。

服務提供者名稱	服務提供者之 L&I 服務提供者編號
設施名稱	電話號碼
地址	
城市	州
	郵遞區號
患者首次就此犯罪傷症接受治療的日期	
診斷代碼	
傷症描述	
患者是否因其傷症而損失工作時間？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	
已認證工資損失 從： _____ 至： _____	

服務提供者簽名

日期

保密資訊披露授權書

注意：此表須經受害人或法定監護人簽名方有效

本人特此授權任何醫院、醫生、殯儀館館長、或其他提供服務的人士、任何受害人僱主、任何執法機構或任何政府機構，包括州與聯邦服務處、任何與所有保險公司、或擁有確定此福利索償資格所需知識的任何其他機構向此犯罪受害人補償計劃或其代表提供任何和所有資訊，包括但不限於由他們自己或他人生成的具體涉及此索償的文件。可能需要其他資訊以確定情況是否與此犯罪相關。本人理解這可能包括任何 HIV 與其他性傳染病化驗、酒精、藥物與精神病治療的結果。

本人理解，如果本人透過法院強制的賠償或針對罪犯的民事訴訟、任何保險理賠、或從任何政府或私人機構收到的錢款而獲得任何損失賠償，本人應退還華盛頓州受害人補償計劃針對此索償支付的任何補償。

本人簽名如下，藉以證明以上陳述屬實且正確；若有不實之詞，願依照華盛頓州法律接受偽證罪處罰。

若受害人為未成年人，請父母或法定監護人簽字。如果您是法定監護人，請向受害人補償計劃發送一份監護權文件證明副本。

列印姓名

簽名

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).