

임금 정보

임금 손실 급여를 받으려면 상해 발생 당일 또는 상해 발생 6 개월 전에 고용된 상태였어야 합니다.

귀하가 범죄 발생 당시에 고용된 상태이었거나 자영업자이었던 경우 또는 범죄 날로부터 6 개월 전에 고용된 상태였던 경우 및 임금 손실 급여를 신청하는 경우에 한하여 이 부분을 작성하십시오. 필요하다면 우리가 귀하의 고용주에게 연락할 수도 있습니다. 이 부분에 대해 우려 사항이 있는 경우, 저희에게 전화하시기 바랍니다.

귀하는 범죄 발생 당일 고용된 상태였습니까?

아니요 예

귀하는 범죄 발생 6 개월 전에 고용된 상태였습니까?

아니요 예

'예인 경우로서 임금 대체 급여를 요청하는 경우, 고용주 정보를 아래에 적으십시오.

고용주 이름	담당자 이름			
고용주 주소				
시	주	우편번호		
전화번호	마지막으로 일한 날짜			
직장에 복귀하십니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	'예인 경우, 복귀한 날짜			
급료 \$	<input type="checkbox"/> 시간	<input type="checkbox"/> 하루	<input type="checkbox"/> 주	<input type="checkbox"/> 월
하루당 근무 시간 수	주당 근무 일수			
추가 수입 \$	추가 수입 출처 <input type="checkbox"/> 샅일 <input type="checkbox"/> 팁 <input type="checkbox"/> 커미션(수수료) <input type="checkbox"/> 보너스			
병가휴가 또는 장애 급여를 사용하십니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예				
연 소득 수준 해당 상자에 표기하십시오.				
<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 이상		

보험 정보

이 정보를 제공하면 의료 비용에 대한 적절한 자금이 보장됩니다.

주: 귀하가 가입하여 이용가능한 민영보험이나 공영보험을 먼저 사용하셔야 합니다. 범죄 피해자 보상 프로그램(Crime Victims Compensation Program)은 마지막 순위로 급여를 지급합니다. 민영 혹은 공영 보험을 가지고 계신 경우, 귀하의 제공자는 반드시 귀하의 보험 회사에 먼저 청구해야 합니다. 청구서가 올바르게 지급될 수 있도록 보유하고신 보험에 대한 정확한 정보를 제공하십시오.

보험이 있으십니까? '예인 경우, 아래에서 요구하는 정보를 제공하십시오.

아니요 예

범죄 피해자 보상 프로그램은 최후 수단으로서의 지급처입니다. 제공자들은 우선 귀하의 일차 보험사를 향해 청구해야 합니다. 다음을 포함하는 모든 보험 사항을 적어주십시오: 건강 보험, 치과 보험, 시력 보험, HCA/메디케어, 참전용사 연금, 사회보장연금, DSHS/공적부조, 산재 보험, 인디언 건강보험, 자동차 보험(피해자 및 가해자), 오토바이 보험, 생명 보험, 주택 보험, 세입자 보험. CVCP 는 귀하의 보험사가 지불한 이후에만 급여를 지급할 수 있습니다. 필요하다면 백지에 기술하여 추가로 첨부하십시오.

보험회사명	
전화번호	보험 계약자명
다음 중 한 가지를 적어주십시오— 보험계약자 ID, 그룹 번호, 또는 사회보장번호	
자격 부여일	
보험회사명	
전화번호	보험 계약자명
다음 중 한 가지를 적어주십시오— 보험계약자 ID, 그룹 번호, 또는 사회보장번호	
자격 부여일	

제공자 정보		
의료 또는 기타 서비스 제공자를 만났거나 또는 본 양식을 의료 진료실이나 병원에서 작성하는 경우, 귀하를 진료하는 의료 전문가에게 아래 부분을 작성하도록 부탁드립니다.		
제공자명	제공자의 L&I 제공자 번호	
시설명	전화번호	
주소		
시	주	우편번호
범죄로 입은 상해에 대한 환자의 첫 치료일		
진단 코드		
상해에 대한 설명		
상해로 인하여 환자가 직장 근무 시간을 상실하게 됩니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예		
임금 손실이 확인되는 기간	휴직/실직 종료일	
휴직/실직 시작일		

제공자 서명

날짜

비공개 정보 공개 동의서

주 피해자 또는 법적 보호자가 이 양식에 서명해야 유효합니다

본인은, 병원, 의사, 장의사, 또는 서비스를 제공했던 기타 사람, 피해자의 모든 고용주, 주 정부 및 연방 정부를 포함한 모든 법집행 기관 또는 기타 정부 기관, 본 급여 청구의 자격 여부 결정에 필요한 지식을 보유한 모든 보험회사 또는 모든 기타 기관이, 범죄 피해자 보상 프로그램 또는 그 대표자들에게 특히 본 청구와 관련하여 그들 및 다른 이들이 생성한 문서 등 모든 정보를 제공할 것을 이에 의하여 동의합니다. 조건들이 범죄와 관련되었는지 여부를 결정하기 위해 다른 정보가 요구될 수도 있습니다. 여기에는 HIV 및 기타 성병 검사 결과, 알코올, 마약 및 정신 질환 치료가 포함될 수 있음을 이해합니다.

만일 법원이 부과한 배상 또는 범인에 대한 민사 소송을 통한 어떠한 형태의 본인 손실 회복이나, 보험 지급, 또는 모든 정부 또는 민영 기관으로부터 어떤 돈을 받는다면, 본인은 본 청구 하에 지급된 모든 보상금에 대해 워싱턴 주 범죄 피해자 보상 프로그램에 변제해야 함을 이해합니다.

아래에 서명함으로써 본인은 워싱턴 주 법 하에 위증의 경우 처벌될 수 있다는 전제 하에 앞서 언급된 내용이 진실되며 정확함을 확인합니다.

피해자가 미성년자인 경우, 부모 또는 법적 후견인이 서명하십시오. 본인이 법적 후견인인 경우, 후견인 입증 서류 사본을 범죄 피해자 보상 프로그램 앞으로 제출하십시오.

 서명 (활자체로 기입)

 서명

 날짜
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).