



Washington State Department of  
**Labor & Industries**

## Заявка на получение пособия для жертв преступлений — травма или повреждение

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

Эл. почта: [CrimeVictimsProgramM@Lni.wa.gov](mailto:CrimeVictimsProgramM@Lni.wa.gov)  
Факс: 360-902-5333

Для получения информации посетите наш веб-сайт по адресу  
[www.Lni.wa.gov/CrimeVictims](http://www.Lni.wa.gov/CrimeVictims)

Информация о жертве	
Предпочитаемый язык (если отличается от английского)	Адрес электронной почты
ФИО (имя, отчество, фамилия)	
Номер социального страхования (необязательно)	Номер телефона
Дата рождения (мм/дд/гггг)	Пол <input type="checkbox"/> Мужчина <input type="checkbox"/> Женщина
Почтовый адрес	
Город	Штат
	Индекс
Если жертва является несовершеннолетней, укажите ФИО родителя или законного опекуна, представляющего интересы жертвы.	
ФИО	Характер отношений
Лицо, уполномоченное обращаться в (Crime Victims Compensation Program, CVCP) от Вашего имени	
ФИО	Характер отношений
Номер телефона	Адрес электронной почты

Прочая информация	
Как Вы узнали о программе CVCP? Отметьте подходящий вариант.	
<input type="checkbox"/> От сотрудников полиции/правоохранительных органов	<input type="checkbox"/> От сотрудников прокуратуры
<input type="checkbox"/> От сотрудников службы помощи жертвам/свидетелям преступлений	<input type="checkbox"/> От сотрудников медицинского учреждения
<input type="checkbox"/> Другой вариант:	<input type="checkbox"/> От сотрудников программы помощи жертвам преступлений
<input type="checkbox"/> Другой вариант:	<input type="checkbox"/> От поставщика медицинских услуг
Каково Ваше семейное положение? Отметьте подходящий вариант.	
<input type="checkbox"/> В браке	<input type="checkbox"/> Без партнера
<input type="checkbox"/> Официальный гражданский партнер	<input type="checkbox"/> В разводе
	<input type="checkbox"/> Раздельное проживание
В какой стране Вы родились?	
К какой этнической группе Вы относите себя? Отметьте подходящий вариант.	
<input type="checkbox"/> Афроамериканцы	<input type="checkbox"/> Азиаты
<input type="checkbox"/> Латиноамериканцы	<input type="checkbox"/> Коренные американцы
<input type="checkbox"/> Другой вариант:	<input type="checkbox"/> Белые
<input type="checkbox"/> Другой вариант:	<input type="checkbox"/> Уроженцы островов Тихого океана
Есть ли у Вас ограничения возможностей здоровья?	Связано ли ограничение возможностей здоровья с преступлением?
<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Опишите характер ограничения возможностей здоровья:	
<input type="checkbox"/> Физическое <input type="checkbox"/> Психическое <input type="checkbox"/> Оба варианта	
На получение пособий какой направленности Вы подаете заявку?	
<input type="checkbox"/> Медицинская помощь <input type="checkbox"/> Стоматологическая помощь <input type="checkbox"/> Психологическая помощь	
<input type="checkbox"/> Помощь в связи с утратой заработка	

**Информация о преступлении****ПРИМЕЧАНИЕ. Преступление должно быть зарегистрировано правоохранительным органом**

Дата происшествия (мм/дд/гггг)	Дата сообщения о преступлении (мм/дд/гггг)	Время происшествия <input type="checkbox"/> д.п. <input type="checkbox"/> п.п
Адрес места преступления		
Город	Штат	Индекс
Произошло ли преступление на работе? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да		
В какой правоохранительный орган Вы сообщили о преступлении?		
Отметьте подходящий вариант.		
<input type="checkbox"/> Полиция	<input type="checkbox"/> Государственный департамент полиции штата Вашингтон	<input type="checkbox"/> Федеральное бюро расследований (Federal Bureau of Investigations, FBI)
<input type="checkbox"/> Управление шерифа	<input type="checkbox"/> Племенная полиция	
ФИО сотрудника	Номер телефона	№ отчета
Тип преступления		
<input type="checkbox"/> Насильственное преступление	<input type="checkbox"/> Гражданское правонарушение с взятием под стражу	<input type="checkbox"/> Управление транспортным средством в состоянии опьянения (Driving Under the Influence, DUI)
<input type="checkbox"/> Преступление сексуального характера	<input type="checkbox"/> Бытовое насилие	<input type="checkbox"/> ДТП
<input type="checkbox"/> Нарушение правил крепления грузов	<input type="checkbox"/> Кража/незаконное проникновение в жилище	
Краткое описание преступления		
Тип использованного оружия	Поврежденная часть тела	ФИО преступника
Проживал ли преступник вместе с Вами на момент происшествия? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да		
Если Вы были вовлечены в процедуру гражданского заключения под стражу лица, совершившего насильственное преступление сексуального характера, когда с Вами связались по вопросам проведения этой процедуры?		
Дата	ФИО связавшегося с Вами лица	Номер телефона
Подали ли Вы гражданский иск или планируете сделать это? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Затрудняюсь ответить		

**Информация о юридическом представителе**

Назначен ли юридический представитель Ваших интересов? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да		
Если назначен юридический представитель Ваших интересов, отметьте подходящий пункт:		
<input type="checkbox"/> Юридический представитель по вопросам заявки на выплату компенсаций в связи с получением травм (автомобильное страхование) или судебного иска		
<input type="checkbox"/> Юридический представитель по вопросам заявки в интересах жертвы преступления, а также заявки на выплату компенсаций в связи с получением травм (автомобильное страхование) или судебного иска		
<b>ПРИМЕЧАНИЕ. В случае заявки в интересах жертвы преступления вся корреспонденция будет направляться в адрес Вашего юридического представителя.</b>		
ФИО юридического представителя		
Адрес электронной почты	Номер телефона	
Адрес		
Горо	Штат	Индекс

**Информация о заработной плате**

**Чтобы получить пособие для возмещения заработной платы, Вы должны быть трудоустроены на момент получения травмы или в течение шести месяцев до момента получения травмы.**

Этот раздел следует заполнять только в том случае, если на момент совершения преступления или в течение шести месяцев до момента совершения преступления Вы были официально трудоустроены или имели свой бизнес и подаете заявку на получение пособия для возмещения заработной платы.

При необходимости мы оставляем за собой право связаться по этим вопросам с Вашим работодателем. Если это по какой-либо причине затруднительно, свяжитесь с нами.

Были ли Вы трудоустроены на момент совершения преступления?

Нет  Да

Были ли Вы трудоустроены в течение шести месяцев до момента совершения преступления?

Нет  Да

Если ответ «Да» и Вы подаете заявку на получение пособия для возмещения заработной платы, укажите следующую информацию о работодателе:

ФИО/название работодателя	ФИО контактного лица			
Адрес работодателя				
Город	Штат	Индекс		
Номер телефона	Дата последнего выхода на работу			
Вернулись ли Вы к работе? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	Если ответ «Да», укажите дату возвращения к работе			
Ставка (\$)	<input type="checkbox"/> Час	<input type="checkbox"/> День	<input type="checkbox"/> Неделя	<input type="checkbox"/> Месяц
Продолжительность рабочего дня в часах	Продолжительность рабочей недели в днях			
Дополнительные доходы (\$)	Источники дополнительных доходов <input type="checkbox"/> Плата за сдельную работу <input type="checkbox"/> Чаевые <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Комиссионные <input type="checkbox"/> Премии			
Воспользовались ли Вы правом на получение пособия по болезни, отпуску или нетрудоспособности? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да				
Уровень годового дохода. Отметьте подходящий вариант. <input type="checkbox"/> 0–20000\$ <input type="checkbox"/> 20001–50000\$ <input type="checkbox"/> 50001–75000\$ <input type="checkbox"/> 75001–100000\$ <input type="checkbox"/> 100001\$ и более				

**Информация о страховании**

**Предоставление этой информации необходимо для надлежащей оплаты медицинских расходов.**

Примечание. В первую очередь Вы обязаны воспользоваться любыми доступными программами частного или государственного страхования. Программа выплаты компенсаций жертвам преступлений (Crime Victims Compensation Program) является плательщиком последней инстанции. Если Вы участвуете в программах частного или государственного страхования, поставщик услуг должен в первую очередь выставлять счета в адрес Вашего страховщика. Чтобы гарантировать надлежащую оплату счетов, укажите точную и полную информацию о страховании.

Есть ли у Вас страховка? Если ответ «Да», укажите необходимую информацию ниже.

Нет  Да

Программа выплаты компенсаций жертвам преступлений является плательщиком последней инстанции. В первую очередь поставщики должны выставлять счета в адрес Вашего основного страховщика. Перечислите все доступные виды покрытия: страхование здоровья, стоматологическое страхование, страхование зрения, HSA/Medicaid, страхование бывших военнослужащих, социальное страхование, департамент здравоохранения и социального обеспечения (DSHS)/служба социального обеспечения, компенсационные выплаты работникам, медицинское страхование индейцев, автомобильное страхование (жертва и преступник), страхование мотоциклов, страхование жизни, страхование недвижимости, страхование арендаторов. CVCP осуществляет выплаты только после того, как это сделает Ваш страховщик. При необходимости приложите дополнительные листы бумаги.

Название страховой компании

Claim No. \_\_\_\_\_

Номер телефона	ФИО страхователя
Укажите код страхователя, № группы или номер социального страхования	Дата вступления права в силу
Название страховой компании	
Номер телефона	ФИО страхователя
Укажите код страхователя, № группы или номер социального страхования	Дата вступления права в силу

### Информация о поставщике

**Если Вы уже обращались к поставщику медицинских или других услуг или заполняете эту форму в медицинском учреждении или кабинете врача, попросите медицинского сотрудника заполнить следующий раздел.**

ФИО/название поставщика	Код поставщика в системе Департамента труда и промышленности (L&I)	
Название учреждения	Номер телефона	
Адрес		
Город	Штат	Индекс
Дата первого лечения пациента от травм, полученных в результате преступления		
Коды диагноза		
Описание травмы		
Повлечет ли травма потерю трудоспособности пациентом? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да		
Утвержденный период нетрудоспособности С: _____ По: _____		

---

 Подпись поставщика

---

 Дата

**Разрешение на раскрытие конфиденциальной информации****ПРИМЕЧАНИЕ. Эта форма должна быть подписана жертвой или законным представителем**

Настоящим я разрешаю сотрудникам медицинского учреждения, лечащим врачам, сотрудникам похоронного агентства или другим лицам, оказывающим услуги; работодателю жертвы; сотрудникам любого правоохранительного или государственного органа, включая региональные и федеральные службы; а также сотрудникам любых страховых компаний или других организаций, обладающих информацией, позволяющей определить соответствие этой заявки требованиям для получения пособий, предоставлять сотрудникам программы выплаты компенсаций жертвам преступлений и любым ее представителям всю необходимую информацию, в том числе подготавливаемые ими или другими лицами документы, относящиеся к содержанию этой заявки. Для определения обстоятельств преступления может потребоваться предоставление другой информации. Я соглашаюсь, что эта информация может включать результаты обследований на ВИЧ и другие заболевания, передающиеся половым путем, а также результаты лечения алкогольной или наркотической зависимости и данные психиатрического лечения.

Я соглашаюсь, что в случае получения мной любых компенсаций потерь по решению суда, по результатам гражданского иска к преступнику, в виде страхового вознаграждения или денежных выплат от любых государственных или частных организаций я обязуюсь возместить программе выплаты компенсаций жертвам преступлений, действующей в штате Вашингтон, соответствующие суммы компенсаций, выплаченных по данной заявке.

Подписываясь ниже и осознавая ответственность за предоставление заведомо ложных сведений в соответствии с законодательством штата Вашингтон, я заявляю, что указанная выше информация является точной и верной.

Если жертва не достигла совершеннолетия, требуется подпись родителя или законного опекуна. Если вы являетесь законным опекуном, предоставьте сотрудникам программы выплаты компенсаций жертвам преступлений копии документов об опеке.

\_\_\_\_\_  
ФИО печатными буквами\_\_\_\_\_  
Подпись\_\_\_\_\_  
Дата**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).