



Washington State Department of
Labor & Industries

Đơn Xin Quyền Lợi của Nạn Nhân Tội Ác – Yêu Cầu Bồi Thường Chấn Thương

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

Email: CrimeVictimsProgramM@Lni.wa.gov

Fax: 360-902-5333

Vào trang mạng của chúng tôi tại www.Lni.wa.gov/CrimeVictims để
biết thông tin

Thông Tin về Nạn Nhân	
Ngôn Ngữ Muốn Dùng (Nếu không phải tiếng Anh)	Địa Chỉ Email
Tên (Tên, Tên Lót, Họ)	
Số An Sinh Xã Hội (Tùy Chọn)	Số Điện Thoại
Ngày Sinh (tháng/ngày/năm)	Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
Địa Chỉ Gửi Thư	
Thành Phố	Tiểu Bang Mã Vùng
Nếu nạn nhân là một người vị thành niên, xin cho biết họ tên của cha mẹ hay người giám hộ nộp đơn thay cho nạn nhân.	
Tên	Quan Hệ
Ai được phép gọi đến (Crime Victims Compensation Program, CVCP) thay cho quý vị?	
Tên	Quan Hệ
Số Điện Thoại	Địa Chỉ Email

Thông Tin Khác	
Quý vị đã biết về Chương Trình Bồi Thường Nạn Nhân Tội Ác CVCP bằng cách nào? Đánh dấu vào ô nào áp dụng.	
<input type="checkbox"/> Cảnh Sát/Cơ Quan Thi Hành Luật	<input type="checkbox"/> Phòng Công Tố Viên
<input type="checkbox"/> Dịch Vụ Nhân Chứng cho Nạn Nhân	<input type="checkbox"/> Bệnh Viện
<input type="checkbox"/> Khác:	<input type="checkbox"/> Người Bệnh Vực Quyền Lợi thuộc Chương Trình Trợ Giúp Nạn Nhân Sức Khỏe
Tình trạng hôn nhân của quý vị là gì? Đánh dấu vào ô nào áp dụng.	
<input type="checkbox"/> Kết Hôn	<input type="checkbox"/> Độc Thân
<input type="checkbox"/> Bạn Đời Sống Chung	<input type="checkbox"/> Ly Dị
<input type="checkbox"/> Ly Thân	
Quốc gia nguyên quán của quý vị là gì?	
Quý vị thuộc dân tộc gì? Đánh vào ô nào áp dụng.	
<input type="checkbox"/> Người Mỹ Gốc Phi Châu	<input type="checkbox"/> Người Á Châu
<input type="checkbox"/> Người Tây Ban Nha	<input type="checkbox"/> Người Mỹ Bản Địa
<input type="checkbox"/> Khác:	<input type="checkbox"/> Người Da Trắng
<input type="checkbox"/> Người Đảo Thái Bình Dương	
Quý vị có bị khuyết tật không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	Có phải tội ác này đã gây ra khuyết tật đó không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
Có phải khuyết tật đó về: <input type="checkbox"/> Thể Chất <input type="checkbox"/> Tâm Thần <input type="checkbox"/> Cả Hai	
Quý vị nộp đơn xin quyền lợi gì? <input type="checkbox"/> Y Khoa <input type="checkbox"/> Nha Khoa <input type="checkbox"/> Sức Khỏe Tâm Thần <input type="checkbox"/> Thiệt Hại Tiền Lương	

Thông Tin về Tội Ác		
LƯU Ý: Tội ác phải được báo cáo tới cơ quan cảnh sát		
Ngày xảy ra Sự Việc (tháng/ngày/năm)	Ngày Báo Cáo (Tháng/Ngày/Năm)	Thời Gian Xảy Ra Sự Việc <input type="checkbox"/> Sáng <input type="checkbox"/> Chiều
Địa Chỉ Nơi Xảy Ra Tội Ác		
Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính
Có phải tội ác đã xảy ra lúc làm việc không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
Quý vị đã báo cáo đến cơ quan thi hành luật nào?		
Đánh dấu vào ô nào áp dụng: <input type="checkbox"/> Cảnh Sát <input type="checkbox"/> Tuần Tra Tiểu <input type="checkbox"/> Cục Điều Tra Liên Bang (Federal <input type="checkbox"/> Cảnh Sát <input type="checkbox"/> Cảnh Sát Bang Washington Bureau of Investigations, FBI) Trưởng Bộ Lạc		
Tên Viên Chức	Số Điện Thoại	Số Báo Cáo
Loại Tội Ác <input type="checkbox"/> Tấn Công <input type="checkbox"/> Giăm Giữ Sau Khi <input type="checkbox"/> Lái xe khi say rượu/ma túy <input type="checkbox"/> Không Chất Hàng <input type="checkbox"/> Tấn Công Tinh Dục <input type="checkbox"/> Thụ Án (Driving Under the Influence, DUI) An Toàn <input type="checkbox"/> Bạo Hành Gia Đình <input type="checkbox"/> Tấn Công Bằng Xe <input type="checkbox"/> Cướp Bóc/Trộm Cắp		
Mô Tả Ngắn Gọn về Tội Ác		
Vũ Khí Được Sử dụng	Phần Cơ Thể Bị Chấn Thương	Tên của Người Phạm Tội
Người phạm tội có đang sống với quý vị lúc xảy ra sự việc không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
Nếu quý vị có liên quan đến một thủ tục giam giữ sau khi thụ án về một tội phạm bạo lực tinh dục, quý vị đã được liên lạc về thủ tục này khi nào? Ngày <input type="text"/> Ai Đã Liên Lạc Với Quý Vị? <input type="text"/> Số Điện Thoại <input type="text"/>		
Quý vị có nộp đơn kiện hay có ý định nộp đơn kiện dân sự không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Chắc		

Thông Tin về Luật Sư		
Quý vị có luật sư đại diện cho quý vị không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
Nếu quý vị có luật sư đại diện cho quý vị, xin đánh dấu vào ô nào áp dụng: <input type="checkbox"/> Luật sư đại diện cho tôi trong yêu cầu bồi thường chấn thương cá nhân (bảo hiểm xe hơi) hay vụ kiện <input type="checkbox"/> Luật sư đại diện cho tôi trong cả yêu cầu bồi thường nạn nhân tội ác cũng như yêu cầu bồi thường chấn thương cá nhân (bảo hiểm xe hơi) hay vụ kiện		
LƯU Ý: Nếu vị luật sư đại diện cho quý vị về yêu cầu bồi thường nạn nhân tội ác, tất cả thư từ của bộ sẽ được gửi đến luật sư của quý vị.		
Tên Luật Sư		
Địa Chỉ Email	Số Điện Thoại	
Địa chỉ		
Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính

Thông Tin về Tiền Lương

Về quyền lợi thiệt hại tiền lương, quý vị phải đang có việc làm vào ngày bị chấn thương hoặc có việc làm trong sáu tháng trước khi xảy ra chấn thương đó.

Xin điền mục này chỉ khi nào quý vị có việc làm hay có công việc tự doanh vào lúc xảy ra tội ác hoặc có việc làm trong sáu tháng trước ngày xảy ra tội ác, và đang nộp đơn xin quyền lợi thiệt hại tiền lương. Chúng tôi có thể liên lạc với chủ hãng của quý vị nếu cần thiết. Nếu quý vị có quan ngại về việc này, xin gọi cho chúng tôi.

Quý vị có việc làm vào ngày xảy ra tội ác không?

Không Có

Quý vị có việc làm trong sáu tháng trước khi xảy ra tội ác không?

Không Có

Nếu có và quý vị đang yêu cầu quyền lợi thay thế tiền lương, xin cung cấp các thông tin về chủ hãng sau đây

Tên Chủ Hãng		Tên Liên Lạc	
Địa Chỉ Chủ Hãng			
Thành Phố		Tiểu Bang	Mã Bưu Chính
Số Điện Thoại		Ngày Làm Việc Cuối Cùng	
Quý Vị Có Trở Lại Làm Việc Không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		Nếu có, xin cho biết ngày quý vị đã trở lại làm việc	
Mức Lương \$ <input type="checkbox"/> Giờ <input type="checkbox"/> Ngày <input type="checkbox"/> Tuần <input type="checkbox"/> Tháng			
Số Giờ Làm Việc Mỗi Ngày		Số Ngày Làm Việc Mỗi Tuần	
Lương Phụ Trợ \$		Lương Phụ Trợ Từ <input type="checkbox"/> Ăn theo sản phẩm <input type="checkbox"/> Tiền bo <input type="checkbox"/> Hoa hồng <input type="checkbox"/> Tiền thưởng	
Quý vị có sử dụng các quyền lợi nghỉ bệnh/ngỉ phép hay khuyết tật không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có			
Mức Thu Nhập Hàng Năm. Đánh dấu vào ô nào áp dụng với quý vị <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 hay nhiều hơn			

Thông Tin Bảo Hiểm

Việc cung cấp thông tin này sẽ bảo đảm việc chi trả hợp lý cho các chi phí y tế.

Lưu ý: Quý vị phải sử dụng bất cứ bảo hiểm tư hay công nào mà quý vị có trước tiên. Chương Trình Bồi Thường Nạn Nhân Tội Ác (Crime Victims Compensation Program) là bên trả quyền lợi sau cùng. Nếu quý vị có bảo hiểm tư hay công, nhà cung cấp dịch vụ của quý vị phải lập hóa đơn với công ty bảo hiểm của quý vị trước. Xin cung cấp thông tin chính xác về bất cứ bảo hiểm nào mà quý vị có để bảo đảm các hóa đơn được chi trả một cách chính xác.

Quý vị có bảo hiểm không? Nếu có, xin cung cấp thông tin được yêu cầu bên dưới.

Không Có

Chương Trình Bồi Thường Nạn Nhân Tội Ác là bên trả sau cùng. Nhà cung cấp nên lập hóa đơn với bên bảo hiểm chính của quý vị trước. Xin liệt kê tất cả bảo hiểm hiện có, bao gồm: bảo hiểm sức khỏe, bảo hiểm nha khoa, bảo hiểm nhãn khoa, HCA/Medicaid, Cựu Chiến Binh, An Sinh Xã Hội, trợ cấp DSHS/công cộng, bồi thường người lao động, Y Tế Người Da Đỏ, bảo hiểm xe hơi (nạn nhân và người vi phạm), bảo hiểm xe mô tô, bảo hiểm nhân thọ, bảo hiểm nhà, bảo hiểm cho người thuê mướn. CVCP chỉ có thể trả các quyền lợi sau khi bảo hiểm của quý vị đã trả. Đính kèm thêm giấy nếu cần thiết.

Tên Công Ty Bảo Hiểm	
Số Điện Thoại	Tên Người Có Hợp Đồng Bảo Hiểm
Cung cấp một trong những thông tin sau đây: Số ID của người có Hợp Đồng Bảo Hiểm, Số Nhóm, hay SSN	Ngày Đủ Điều Kiện Hợp Lệ
Tên Công Ty Bảo Hiểm	
Số Điện Thoại	Tên Người Có Hợp Đồng Bảo Hiểm

Claim No. _____

Cung cấp một trong những thông tin sau đây: Số ID của người có Hợp Đồng Bảo Hiểm, Số Nhóm, hay SSN	Ngày Đủ Điều Kiện Hợp Lệ
--	--------------------------

Thông Tin Nhà Cung Cấp Dịch Vụ

Nếu quý vị đã đến thăm khám với một nhà cung cấp dịch vụ y tế hoặc nhà cung cấp khác, hay đang điền đơn này tại một phòng mạch hay bệnh viện, xin vui lòng yêu cầu chuyên gia y tế thăm khám cho quý vị điền mục bên dưới.

Tên Nhà Cung Cấp Dịch Vụ	Số Nhà Cung Cấp Dịch Vụ L&I của Nhà Cung Cấp	
Tên Cơ Sở	Số Điện Thoại	
Địa chỉ		
Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Vùng
Ngày Đầu Tiên Bệnh Nhân Được Điều Trị cho Chấn Thương do Tội Ác		
Mã Số Chẩn Bệnh		
Mô Tả về Chấn Thương		
Liệu bệnh nhân có bị mất thời gian làm việc do các chấn thương của họ không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
Phản Thiệt Hại Tiền Lương Được Chứng Nhận		
Từ:	Đến:	

Chữ Ký của Nhà Cung Cấp: _____

Ngày _____

Ủy Quyền Tiết Lộ Thông Tin Bảo Mật

LƯU Ý: Nạn nhân hay người giám hộ hợp pháp phải ký vào đơn này để có giá trị hợp lệ

Qua đây, tôi xin ủy quyền cho bất cứ bệnh viện, bác sĩ, giám đốc tang lễ, hay người nào khác đã cung cấp các dịch vụ; bất cứ chủ hãng nào của nạn nhân; bất cứ cơ quan thi hành luật nào hay cơ quan chính phủ nào khác, kể cả các dịch vụ của tiểu bang và liên bang; bất cứ và tất cả công ty bảo hiểm nào hay bất cứ cơ quan nào khác có hiểu biết cần thiết để xác định điều kiện hội đủ của yêu cầu bồi thường quyền lợi này nhằm cung cấp cho Chương Trình Bồi Thường Nạn Nhân Tội Ác hay những nhân viên của nó bất cứ và tất cả thông tin nào, bao gồm nhưng không giới hạn đối với các tài liệu được tạo ra bởi chính họ và những người khác, đặc biệt có liên quan đến yêu cầu bồi thường này. Các thông tin khác có thể được yêu cầu để xác định xem các tình trạng có liên quan đến tội ác hay không. Tôi hiểu điều này có thể bao gồm các kết quả xét nghiệm HIV và bệnh lây truyền qua đường tình dục khác, việc điều trị nghiện rượu, ma túy và tâm thần.

Tôi hiểu rằng nếu tôi nhận được bất cứ khoản phục hồi nào cho những tổn thất nào của tôi thông qua sự bồi thường do lệnh tòa áp đặt hay vụ kiện dân sự chống lại người phạm tội, bất cứ khoản thanh toán nào của bảo hiểm, hay số tiền nào từ bất cứ cơ quan chính phủ hay tư nhân nào, tôi phải hoàn lại cho Chương Trình Bồi Thường Nạn Nhân Tội Ác Tiểu Bang Washington mọi khoản bồi thường nào được trả theo yêu cầu bồi thường này.

Bằng việc ký tên bên dưới, tôi xin chứng nhận theo hình phạt khai man theo các luật lệ của Tiểu Bang Washington rằng những thông tin ở trên là trung thực và chính xác.

Nếu nạn nhân là một người vị thành niên, cha mẹ hay người giám hộ hợp pháp xin vui lòng ký thay. Nếu quý vị là người giám hộ hợp pháp, xin gửi đến Chương Trình Bồi Thường Nạn Nhân Tội Ác một bản sao chứng từ về quyền giám hộ.

 Viết Tên In Hoa

 Chữ Ký

 Ngày

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).