



# 犯罪被害人福利申请 - 杀人案索偿

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

电子邮箱: [CrimeVictimsProgramM@Lni.wa.gov](mailto:CrimeVictimsProgramM@Lni.wa.gov)

传真: 360-902-5333

欲了解资讯, 请访问我们的网站: [www.Lni.wa.gov/CrimeVictims](http://www.Lni.wa.gov/CrimeVictims)

## 杀人案被害人信息

被害人姓名	犯罪日期 (月/日/年)	死亡日期 (月/日/年)
社会安全号码 (选填)	杀人案被害人性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期 (月/日/年)

## 被害人的婚姻状况及配偶/同居伴侣的信息

您的婚姻状况为? 请勾选适用的方框。

已婚  单身  同居伴侣  离婚  分居

配偶或同居伴侣姓名	配偶或同居伴侣电子邮箱地址		
配偶或同居伴侣邮寄地址			
城市	州	邮政编码	电话号码

## 被害人的受抚养子女

请列出此杀人案被害人的子女, 包括任何未出生的孩子, 如果有多个子女且各子女的监护人不同, 请提供每位监护人的联络信息。如需更多空间, 请附上单独的纸张。

姓名	出生日期	监护人姓名
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
子女法定监护人地址		
城市	州	邮政编码
法定监护人电话号码	法定监护人电子邮箱	

## 其他被害人信息

被害人的原国籍为?

被害人的种族? 请勾选适用的方框。

非裔美国人  亚洲人  白种人  
 西班牙裔  美洲原住民  太平洋岛民  
 其他:

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

### 申请杀人案被害人福利之人士

代表已故被害人申请福利之人士姓名

首选语言（如果非英语）

与已故受害人关系

邮寄地址

城市

州

邮政编码

电话号码

电子邮箱地址

您如何获知 CVCP? 请勾选适用的方框。

 警署/执法机构 检察官办公室 受害人援助计划辩护人 被害人证人服务 医院 医疗护理提供者 其他:

您想申请何种福利?

 医疗 牙科 心理健康 工资损失 葬礼福利 悲伤辅导

### 与此犯罪伤情有关的医学治疗

如果该杀人案受害人已于过世前就此犯罪伤情接受医学治疗，请于下方列出医疗护理提供者。如有需要，请附上另外的纸张。

服务提供者名称

电话号码

城市

### 犯罪信息

事故日期（月/日/年）

报告日期（月/日/年）

时间

 早上  下午

死亡日期（月/日/年）

犯罪地点

城市

州

邮政编码

该犯罪是否于工作中发生?

 否  是

您已向何种执法机构报案?

请勾选适用的方框:

 警署 华盛顿州巡警 联邦调查局 县警长 部落警察

警官姓名

电话号码

报告编号

犯罪类型

 谋杀 车辆袭击

犯罪简要描述

所使用的武器

身体受伤区域

罪犯姓名

### 律师信息

是否有律师代理此杀人案受害人的遗产？

否     是

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

仅配偶、同居伴侣或未成年子女可能有资格获得工资补偿福利。针对这些福利，杀人案受害人于犯罪日期或在犯罪发生前 6 个月必须处于被雇佣状态。

如果受害人于犯罪日期处于被雇佣状态或属于个体经营者或在犯罪发生前 6 个月被雇佣，且配偶、同居伴侣或未成年子女正申请此福利，请填写此部分。如有需要，我们可能会联络雇主。如果您对此有任何顾虑，请致电我。

被害人于犯罪日期是否处于被雇佣状态？

否     是

受害人在犯罪发生前 6 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

工资

\$                                     小时                     天                     周                     月

每天工作时数

每周工作天数

其他收入

\$                                     计件工作                     小费                     佣金                     奖金

年收入水平。请勾选您适用的方框

\$0 - \$20,000                     \$20,001 - \$50,000                     \$50,001 - \$75,000  
 \$75,001 - \$100,000                     \$100,001 或以上

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

**保险信息**

提供此信息将确保医疗开支的合理支付。

此犯罪受害人补偿计划 (Crime Victims Compensation Program) 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。

被害人是否有保险？

 否  是

如果是，请列出所有可用保险，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。如有需要，请附上另外的纸张。

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

**葬礼支出**

为收取付款，请在杀人案日期或遗体送葬之日起 12 个月内发送一份分项列述的对账单。

殡仪馆名称	电话号码	
殡仪馆地址		
城市	州	邮政编码
注		

<b>保密信息披露授权书</b>
------------------

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).