



OFFICE OF VICTIM SERVICES

Focusing on a brighter future

Służymy Ci pomocą. Jeżeli masz pytania na temat wypełnienia niniejszego podania, lub Programu Odszkodowań dla Ofiar, prosimy o kontakt telefoniczny z OVS pod numerem 1-888-286-7347. Ważnym jest, abyś poinformował(a) OVS o jakiegokolwiek zmianie w Twoich danych kontaktowych. Jeżeli nie uda nam się z Tobą skontaktować, możesz przeczytać ważne terminy ustalone przez prawo stanowe, lub Twoje roszczenie może zostać odrzucone.

Należy wypełnić zaznaczone części 1, 6 lub 6a, oraz 9.

CZĘŚĆ 1 - DANE OFIARY

Dane osoby, która doznała urazu psychicznego wskutek przestępstwa.

Tytuł grzecznościowy:

Pan Panna/Pani Inny _____
Imię, drugie imię i nazwisko ofiary

Data urodzenia (miesiąc/dzień/rok) | Wiek

Adres | Miejscowość | Stan | Kod pocztowy

Telefon do kontaktu w ciągu dnia | Telefon komórkowy | E-mail

Główny język, którym się posługuje

CZĘŚĆ 2 - DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO/ KURATORA

Niniejsza część dotyczy rodziców lub opiekunów prawnych dzieci poniżej 18 lat, oraz opiekunów prawnych lub kuratorów ubezwłasnowolnionej osoby dorosłej.

Tytuł grzecznościowy:

Pan Panna/Pani Inny _____
Imię, drugie imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego/ kuratora

Adres | Miejscowość | Stan | Kod pocztowy

Telefon do kontaktu w ciągu dnia | Telefon komórkowy | E-mail

Główny język, którym się posługuje

Spokrewnienie/powiązanie: Rodzic Opiekun prawny Kurator

CZĘŚĆ 3 - DANE DO CELÓW STATYSTYCZNYCH

To, czy odpowiesz na te pytania czy nie, jest Twoim wyborem. Dane te są wykorzystywane w raportach stanowych i federalnych.

W jaki sposób opisał(a)byś ofiarę:

Rdzenny Amerykanin(-ka)/Rdzenny mieszkaniec(-ka) Alaski Azjat(a) Ciemnoskóry/ Afro-Amerykanin(-ka)

Latynos/Latynoska Rdzenny Hawajczyk(-ka)/Mieszkaniec(-ka) innej wyspy Pacyfiku Biały/Rasy kaukaskiej

Innej rasy _____

Czy ofiara była niepełnosprawna zanim doszło do przestępstwa? tak nie nie wiem

Jak dowiedziałeś(-aś) się o Programie Odszkodowań dla Ofiar: _____

DO WYŁĄCZNEGO UŻYTKU BIUROWEGO | Numer roszczenia | Osoba rozpatrująca roszczenie

CZĘŚĆ 4 - REPREZENTACJA PRZEZ ADWOKATA

Aby ubiegać się o odszkodowanie dla ofiar, nie jest Ci potrzebny adwokat.

Zaznacz wszystko co dotyczy:

- Tak, w sprawie niniejszego podania reprezentuje mnie adwokat (prosimy wpisać dane adwokata)
 Tak, reprezentuje mnie adwokat w procesie cywilnym (prosimy wpisać dane adwokata)
 Nie, nie reprezentuje mnie adwokat

Imię, drugie imię i nazwisko adwokata		Nazwa kancelarii	Numer JPKIS	
Adres		Miejscowość	Stan	Kod pocztowy
Telefon służbowy	Faks	E-Mail		

CZĘŚĆ 5 - POZWOLENIE NA KONTAKT LUB ROZMOWĘ Z INNĄ OSOBĄ

Prosimy zaznaczyć niniejsze pole, jeżeli dajesz OVS pozwolenie na skontaktowanie się z inną osobą, na wypadek gdyby nie udało nam się skontaktować z Tobą, oraz/ lub pozwolenie na rozmowę z inną osobą na temat Twojego roszczenia. Podaj również dane kontaktowe owej osoby.

- Pozwolenie na kontakt, jeżeli OVS nie będzie w stanie skontaktować się ze mną Pozwolenie na rozmowę dot. mojego roszczenia

Tytuł grzecznościowy:

- Pan Panna/Pani Inny

Imię, drugie imię i nazwisko osoby		Skąd znasz tą osobę?		
Nazwa agencji	Adres	Miejscowość	Stan	Kod pocztowy
Telefonu do kontaktu w ciągu dnia	Telefon komórkowy	E-mail		

Należy wypełnić Część 6 lub 6a.

CZĘŚĆ 6 - DANE DOT. PRZESTĘPSTWA

Jeśli przestępstwo dotyczyło przemocy domowej lub handlu ludźmi, prosimy nie wypełniać tej części. Zamiast tego wypełnij część 6a.

Data(-y) przestępstwa	Adres (ulica, miejscowość, stan, kod pocztowy), miejsca gdzie zostało popełnione przestępstwo
-----------------------	---

- Rodzaj przestępstwa: pornografia dziecięca uprowadzenie rabunek prześladowanie groźba śmierci
 groźba obrażeń cielesnych nielegalne udostępnianie zdjęć intymnych podglądactwo inny rodzaj _____

Krótko opisz przestępstwo: _____

Data zgłosz. przestępstwa na policję: _____ Czy przestępstwo zostało zgłosz. na policję w ciągu 5 dni? tak nie (jeżeli nie, wyjaśnij): _____

Wydział policji	Imię i nazwisko policjanta prowadzącego dochodzenie	Numer raportu policyjnego
-----------------	---	---------------------------

CZĘŚĆ 6a - PRZEMOC DOMOWA LUB HANDEL LUDŹMI

Data(-y) przestępstwa

Adres (ulica, miasto, stan, kod pocztowy), miejsca gdzie zostało popełnione przestępstwo

Rodzaj przestępstwa: dziecko będące świadkiem przemocy domowej przemoc domowa przymusowa praca
 inny rodzaj _____

Zaznacz poniżej, któremu specjalście lub agencji powiedziałeś(-aś) o przestępstwie:

cert. terapeutę ds. przemocy domowej lub napaści seksualnych centr. rzecznictwa na rzecz dzieci Wydz. ds. Dzieci i Rodzin (DCF) sędziemu (załącz kopię podpisanego cywilnego nakazu ochronnego lub zakazu zbliżania się) spec. w zakresie medycyny lub zdrowia psychicznego policji pracownikowi szkolnemu komuś innemu _____

Imię i nazwisko osoby, której powiedziałeś(-aś) o przestępstwie

Stanowisko

Data poinformowania owej osoby

Adres (ulica, miejscowość, stan, kod pocztowy) osoby, którą poinformowałeś(-aś)

Numer telefonu

CZĘŚĆ 7 - INFORMACJE DOT. SPRAWCY

Czy ktoś został zaarrestowany w związku z przestępstwem? tak nie nie wiem

Imię i nazwisko osoby aresztowanej,
jeżeli znane

Czy sprawca stanął w sądzie? tak nie nie wiem

Jeżeli tak, podaj miejscowość, w której znajduje się gmach sądu

Sygnatura akt, jeżeli jest znana: _____

CZĘŚĆ 8 - WYDATKI ZWIĄZANE Z PRZESTĘPSTWEM I ŹRÓDŁA FINANSOWE

Prosimy zaznaczyć pole obok odszkodowania, o które się ubiegasz, pola obok dostępnych Tobie źródeł finansowych i podać wymagane informacje. Jeśli jakiegokolwiek niezaznaczone źródła finansowe staną się dla Ciebie dostępne, musisz skontaktować się z OVS. Jeżeli obecnie nie masz żadnych wydatków związanych z przestępstwem, ważnym jest, abyś nadal złożył(a) podanie na wypadek, gdyby potrzebna Ci była pomoc finansowa w przyszłości.

NIE MAM OBECNIE WYDATKÓW (przejdź do Części 9 i podpisz)

WYDATKI MEDYCZNE, DENTYST., TERAPIETYCZNE ORAZ ZWIĄZANE Z REALIZ. RECEPT

Prosimy podanie imion i nazwisk wszystkich świadczeniodawców u których się leczyleś(-aś), i dostarczenie kopii oraz rachunków związanych z przestępstwem, wydruków recept wykazujące współpłatności, oraz wyciągów z ubezpieczenia, jeżeli są dostępne.

Imię i nazwisko świadczeniodawcy	Adres (ulica, miejscowość, stan, kod pocztowy)	Numer telefonu

CZY JEDNO LUB WIĘCEJ Z PONIŻSZYCH ŹRÓDEŁ FINANSOWYCH POKRYWA OBECNIE, LUB POKRYJE W PRZYSZŁOŚCI, TWOJE WYDATKI ZWIĄZANE Z PRZESTĘPSTWEM?

	Firma ubezpieczeniowa	Numer członkowski	Numer telefonu
<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie dentystyczne			
<input type="checkbox"/> Department of Social Svcs. (Wydział Usług Społ.) (Medicaid/Husky)			
<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie zdrowotne			
<input type="checkbox"/> Medicare			

UPRZĄTNIĘCIE MIEJSCA ZBRODNI I WYDATKI ZWIĄZANE Z SYSTEMEM BEZPIECZEŃSTWA
(maksymalna suma świadczenia wynosi 1000 USD)

Proszę wypełnić niniejszą część jeżeli pokryłeś(-aś) całość lub część wydatków. Dostarcz kopię zaświadczenia od swojego lekarza, lub specjalisty w zakresie zdrowia psychicznego, na potwierdzenie, że wydatki te stanowią część leczenia, a także kopie rachunków i paragonów, jeśli są dostępne. Wydatki mogą obejmować wymianę lub naprawę uszkodzonych zamków, okien, drzwi oraz koszty instalacji i wyposażenia systemów bezpieczeństwa/urządzeń zabezpieczających.

Imię i nazwisko świadczeniodawcy	Adres (ulica, miejscowość, stan, kod pocztowy)	Numer telefonu

CZĘŚĆ 9 - STWIERDZENIE FAKTÓW I UPOWAŻNIENIE

Potwierdzam, że informacje zawarte w niniejszym podaniu o odszkodowanie dla ofiar są prawdziwe, zgodnie z moją wiedzą i przekonaniem. Upoważniam szpital, lekarza(-y) lub inne osoby które leczyły, badały lub świadczyły usługi mi lub jakimkolwiek nieletniemu dziecku lub ubezwłasnowolnionej dorosłej osobie której jestem rodzicem, opiekunem prawnym lub kuratorem i posiadam uprawnienia do działania w jego/jej imieniu; mojego/ moich pracodawcę(-ów) lub pracodawcę(-ów) osoby w której imieniu działałam; jakikolwiek organ policyjny lub inny miejski organ lub agencję, lub władze publiczne m.in. stanowe i federalne urzędy skarbowe, oraz jakąkolwiek firmę ubezpieczeniową lub organizację posiadającą wiedzę o zdarzeniu, do udzielenia Biurowi dla Ofiar (OVS) lub jego przedstawicielowi wszelkich informacji odnośnie zdarzenia, które spowodowało uraz psychiczny ofiary i doprowadziło do złożenia niniejszego podania o odszkodowanie. Kopia niniejszego upoważnienia będzie uważana za równie skuteczną i ważną jak oryginał.

Wyrażam zgodę na ujawnienie przez OVS wszelkich informacji znajdujących się w aktach OVS, w tym informacji poufnych, biurom Działu Sądowych Usług Wspomagających, Prokuratorowi Stanowemu, Prokuratorowi Generalnemu, Biurowi Prokuratorów Stanów Zjednoczonych, oraz prywatnym prawnikom zatrudnionym przez OVS, lub przeze mnie, oraz w razie potrzeby do swobodnej komunikacji z nimi (Paragraf 54-208(e), 54-212, oraz 54-215 Kodeksu Ogólnego Stanu Connecticut).

Rozumiem, że muszę powiadomić OVS, jeżeli wniosę powództwo przeciwko osobie odpowiedzialnej za uraz, za które OVS wypłaciło odszkodowanie, przed upływem 30 dni od wniesienia owego powództwa. Jeśli odzyskam pieniądze z wniesionego powództwa, na mocy wyroku lub ugody, rozumiem, że OVS jest uprawnione zgodnie z prawem stanowym do odzyskania 2/3 kwoty zapłaconej przez OVS. (Paragraf 54-212 Kodeksu Ogólnego Stanu Connecticut). Jeżeli wniosłem(-am) powództwo, zgadzam się bezzwłocznie przekazać kopię nakazu, nakazu stawiaennictwa oraz pozew biurowi OVS.

Rozumiem, że OVS będzie miało prawo wnieść powództwo w moim imieniu przeciwko osobie odpowiedzialnej za uraz, za który wypłacono pieniądze. Rozumiem również, że jeżeli OVS odzyska pieniądze z pozwu, zgodnie z prawem stanowym OVS jest upoważnione do zatrzymania 2/3 zapłaconej kwoty, pomniejszonej o wszelkie późniejsze koszty i wydatki. OVS wypłaci mi pozostałą kwotę (paragraf 54-212 Kodeksu Ogólnego Stanu Connecticut).

Rozumiem, że jeżeli ja lub osoba, w imieniu której się ubiegam o odszkodowanie związane ze zdarzeniem, otrzymamy pieniądze z jakichkolwiek innych źródeł, w tym płatności od agencji stanowych lub miejskich, świadczenia ubezpieczeniowe lub odszkodowanie za wypadek przy pracy wskutek zdarzenia, OVS jest upoważnione na mocy prawa stanowego do odzyskania 2/3 kwoty którą wypłaciło (paragraf 54-212 Kodeksu Ogólnego Stanu Connecticut).

Rozumiem, że jeżeli sąd zasądzi wypłacenie odszkodowania dla mnie lub osoby, w imieniu której się ubiegam, z tytułu wydatków pokrytych przez OVS, OVS ma prawo otrzymać pełny zwrot kosztów, chyba że sąd orzeknie inaczej (paragraf 54-215 Kodeksu Ogólnego Stanu Connecticut).

Rozumiem również, że moi świadczeniodawcy mogą otrzymać bezpośrednio pieniądze na poczet moich długów.

Podpis składającego(-j) (podpis elektroniczny nie jest akceptowany)

Wpisz imię i nazwisko literami drukowanymi

Data

Podanie musi podpisać składająca osoba dorosła, rodzic, opiekun prawny, lub kurator nieletniego dziecka (poniżej 18 lat), lub opiekun prawny albo kurator ubezwłasnowolnionej osoby dorosłej. Niepodpisane podania zostaną zwrócone.

Prosimy wysłać wypełnione podanie na adres: Office of Victim Services, 225 Spring Street, 4th Floor, Wethersfield, CT 06109; lub przesłać faksem pod numer: 860-263-2780; lub drogą E-mail: OVSCompensation@jud.ct.gov

Skontaktuj się z OVS pod numerem: 1-888-286-7347

Strona internetowa OVS: www.jud.ct.gov/crimevictim

POWIADOMIENIE O ADA

Oddział Sądowy Stanu Connecticut działa zgodnie z Ustawą o Niepełnosprawnych (ADA).

Jeżeli potrzebujesz udogodnień, w ramach ustawy ADA, skontaktuj się z OVS pod numerem 1-800-822-8428