



## OFFICE OF VICTIM SERVICES

*Focusing on a brighter future*

**Estamos aqui para ajudar.** Caso você tenha dúvidas sobre como preencher este requerimento ou sobre o Programa de Indenização às Vítimas, ligue para os OVS no número 1-888-286-7347. É importante informar os OVS de qualquer mudança de sua informação de contato. Se os OVS não conseguirem contactá-lo, você corre o risco de perder os prazos importantes estabelecidos por lei estadual ou de que seu pedido seja arquivado.

As Seções 1, 6 ou 6a e 9 destacadas deverão ser preenchidas.

**SEÇÃO 1 - INFORMAÇÕES DA VÍTIMA**

A pessoa que sofreu danos morais em decorrência do crime.

Título:  Sr.  Sr.<sup>a</sup>  Outros | \_\_\_\_\_  
Nome da vítima (nome, nome do meio, sobrenome) | Data de nascimento (mês/dia/ano) | Idade

Endereço | Município | Estado | CEP

Telefone | Telefone Celular | E-mail

Língua nativa

**SEÇÃO 2 - INFORMAÇÕES DO GENITOR/RESPONSÁVEL LEGAL/CURADOR**

Esta seção é para os genitores ou responsáveis legais de menores de 18 anos e os responsáveis legais ou curadores de adultos incapazes.

Título:  Sr.  Sr.<sup>a</sup>  Outros | \_\_\_\_\_  
Nome do genitor/responsável legal (Primeiro nome, nome do meio, sobrenome)

Endereço | Município | Estado | CEP

Telefone | Telefone Celular | E-mail

Língua nativa | Parentesco:  genitor  responsável legal  curador

**SEÇÃO 3 - INFORMAÇÕES PARA FINS DE ESTATÍSTICAS SOCIAIS**

Responder estas perguntas é facultativo. As informações são utilizadas em laudos estaduais e federais.

Você descreveria a vítima como:

índio americano/nativo do Alasca  asiático  negro/afro-americano  hispano/latino/latina  
 nativo do Havaí/outra ilha do Pacífico  branco não latino/caucasiano  outra raça \_\_\_\_\_

A vítima era pessoa com deficiência antes do crime?  sim  não  desconhecido

Como você ficou sabendo do Programa de Indenização às Vítimas: \_\_\_\_\_

## SEÇÃO 4 - REPRESENTAÇÃO DE ADVOGADO

Não é necessário contratar um advogado para solicitar a indenização às vítimas.

Assinale todas as opções apropriadas:

- sim, tenho representação de advogado para este requerimento (preencher as informações do advogado)  
 sim, tenho representação de advogado em uma ação civil (preencher as informações do advogado)  
 não tenho representação de advogado

Nome do advogado (primeiro nome, nome do meio sobrenome) | Nome do escritório de advocacia | Número de inscrição na Ordem dos Advogados de Connecticut

Endereço | Município | Estado | CEP

Telefone comercial | Número de fax | E-mail

## SEÇÃO 5 PERMISSÃO PARA CONTATAR OU FALAR COM OUTRA PESSOA

Assinale esta opção caso você autorize os OVS a entrar em contato com outra pessoa se não conseguirem contato com você ou para falar sobre o pedido, ou ambos, e forneça a informação de contato de tal pessoa.

- Permissão para entrar em contato se os OVS não conseguirem entrar em contato comigo  Permissão para conversar sobre o meu pedido

Título:  Sr.  Sr.<sup>a</sup>  Outros | Nome da pessoa (Primeiro nome, nome do meio, sobrenome) | Como você conhece esta pessoa?

Nome da agência | Endereço | Município | Estado | CEP

Telefone | Telefone celular | E-mail

Deverá preencher a Seção 6 ou a Seção 6a.

## SEÇÃO 6 - INFORMAÇÕES SOBRE O CRIME

Se o crime era de violência doméstica ou tráfico de pessoas, não preencha esta seção. Pelo contrário, preencha a Seção 6a.

Data(s) do crime | Endereço (rua, município, estado, CEP) onde se deu o crime

Tipo de crime:  pornografia infantil  sequestro  roubo  perseguição obsessiva  ameaça de morte  ameaça de lesão corporal  distribuição ilegal de imagem(ns) íntima(s)  voyeurismo  outros \_\_\_\_\_

Forneça uma descrição breve do crime: \_\_\_\_\_

Data em que o crime foi denunciado à autoridade policial: \_\_\_\_\_ | O crime foi denunciado dentro de um prazo de 5 dias?  sim  não (se não, explique): \_\_\_\_\_

Delegacia | Nome do policial responsável pelo inquérito | Número do boletim de ocorrência

## SEÇÃO 6a - CRIMES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA OU TRÁFICO DE PESSOAS

Data(s) do crime	Endereço (rua, município, estado, CEP) onde se deu o crime	
Tipo de crime: <input type="checkbox"/> menor de idade que presenciou violência doméstica <input type="checkbox"/> violência doméstica <input type="checkbox"/> trabalho forçado <input type="checkbox"/> outros_____		
Assinalar qual profissional ou agência você alertou sobre o crime:		
<input type="checkbox"/> conselheiro credenciado de violência doméstica ou agressão sexual <input type="checkbox"/> centro de advocacia para menores de idade <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar		
<input type="checkbox"/> juiz (anexar uma cópia lavrada da medida protetiva da vara civil ou a medida protetiva de urgência) <input type="checkbox"/> profissional de medicina ou saúde psicológica		
<input type="checkbox"/> autoridade policial <input type="checkbox"/> profissional da escola <input type="checkbox"/> outros_____		
Nome da pessoa a quem você informou sobre o crime	Título	Data que você informou
Endereço (rua, município, estado, CEP) da pessoa que você informou		Telefone

## SEÇÃO 7 - INFORMAÇÕES SOBRE O AUTOR DO CRIME

Alguém foi preso em decorrência do crime?  sim  não  desconhecido \_\_\_\_\_  
Nome da pessoa presa, se conhecido

O autor responde um processo penal?  sim  não  desconhecido \_\_\_\_\_  
Caso responda, município onde o fórum é localizado

Número do processo, se conhecido: \_\_\_\_\_

## SEÇÃO 8 - DESPESAS RELACIONADAS AO CRIME E RECURSOS FINANCEIROS

Assinale o quadrículo do lado do benefício de indenização solicitado, os quadrículos do lado dos recursos financeiros a sua disposição e forneça as informações solicitadas. Você deve contatar os OVS caso um dos recursos financeiros não assinalados fique disponível a você. Mesmo que no momento você não tenha sofrido nenhuma despesa em decorrência do crime é importante protocolar o requerimento caso você precise de assistência financeira futuramente.

- SEM DESPESAS NESTE MOMENTO** (preencha a Seção 9 e assine o requerimento)
- DESPESAS MÉDICAS, DE SAÚDE MENTAL, ODONTOLÓGICAS E COM RECEITAS MÉDICAS**

Relate os nomes de todos os provedores que lhe forneceram tratamento e, caso disponíveis, anexe cópias de faturas, comprovantes de valores de co-participação de receitas médicas e demonstrativos de pagamento de benefícios de seguro.

Nome do Provedor	Endereço (rua, município, cidade, CEP)	Telefone
_____	_____	_____
_____	_____	_____

1 OU MAIS DESTES RECURSOS FINANCEIROS PAGARAM OU PAGARÃO DESPESAS SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO CRIME?

	Seguradora	Número do Membro	Telefone
<input type="checkbox"/> Seguro Dentário	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Departamento de Serviços Sociais (Medicaid/Husky)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Plano de Saúde	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Plano de Saúde Medicare	_____	_____	_____

- LIMPEZA DO LOCAL DO CRIME E INSTALAÇÃO DE SISTEMA DE SEGURANÇA** (benefício de até US \$1.000,00)

Preencha esta seção caso você tenha sido responsável, parcial ou totalmente, pelas despesas. Forneça uma cópia da nota de seu profissional de saúde ou saúde mental que relata que estas despesas fazem parte de seu tratamento e anexe, caso disponíveis, cópias de faturas e recibos. As despesas podem incluir troca ou conserto de fechaduras, janelas e portas danificadas como também as despesas de equipamento e instalação de sistemas e aparelhos de segurança.

Nome do Provedor	Endereço (rua, município, cidade, CEP)	Telefone
_____	_____	_____

## SEÇÃO 9 - DECLARAÇÃO E AUTORIZAÇÃO

Declaro, salvo melhor crença e juízo, serem verdadeiras as informações constantes deste requerimento de indenização à vítima. Dou autorização às seguintes entidades a fornecer aos Serviços de Apoio às Vítimas (OVS) ou seu representante quaisquer informações sobre a ocorrência que ocasionou os danos morais da vítima e sobre este requerimento de indenização às vítimas: Hospitais, médicos ou outras pessoas que tenham atendido, examinado ou fornecido serviços tanto para mim ou para qualquer menor de idade ou adulto incapaz que eu seja o genitor, responsável legal ou curador com a autoridade de agir em seu interesse; meu(s) empregador(es) e o(s) empregador(es) da pessoa que eu esteja representando; quaisquer autoridades policiais ou outras autoridades e agências municipais ou autoridades públicas, inclusive receitas estaduais e federais e quaisquer empresas ou agências de seguro com conhecimento da ocorrência.

A cópia desta autorização será considerada tão válida quanto a via original.

Autorizo os OVS a divulgar quaisquer informações, inclusive as confidenciais, constantes de seus registros aos escritórios da Divisão de Serviços de Apoio Forenses, ao Ministério Público, à Procuradoria Geral, ao Ministério Público Federal e aos advogados particulares constituídos tanto por mim quanto pelos OVS e autorizo os OVS a se comunicar livremente com tais órgãos sempre que necessário (Artigo 54-208(e), 54-212, e 54-215 dos Estatutos Gerais de Connecticut).

Entendo que tenho a obrigação de informar os OVS de qualquer ação ajuizada contra o responsável pelos danos pagos pelos OVS dentro de um prazo de 30 dias do ajuizamento da ação. Se eu recuperar dinheiro mediante a ação, quer seja por sentença ou transação da ação, entendo que os OVS têm o direito, conforme a lei estadual, a 2/3 do valor pago pelos OVS. (Artigo 54-212 dos Estatutos Gerais de Connecticut). Concordo em fornecer de imediato uma cópia do mandado, citação e petição inicial aos OVS caso eu tenha ajuizado uma ação.

Entendo que os OVS terão o direito de ajuizar uma ação em meu nome contra o responsável pelos danos que ocasionou o pagamento de indenização. Também entendo que se os OVS recuperar dinheiro mediante a ação, os OVS têm o direito, conforme lei estadual, de ficar com 2/3 do montante pago, menos quaisquer custos e despesas incorridos posteriormente. Os OVS me pagarão qualquer saldo remanescente superior a tal montante (Artigo 54-212 dos Estatutos Gerais de Connecticut).

Entendo que se eu ou a pessoa que eu estou representando neste requerimento receber dinheiro de alguma outra fonte, inclusive pagamentos de agências estaduais ou municipais, benefícios de seguro ou indenização trabalhista ocasionados pela ocorrência, os OVS têm direito, por lei estadual, a 2/3 do valor pago pelos OVS (Artigo 54-212 dos Estatutos Gerais de Connecticut).

Entendo que se o juízo ordenar indenização pelas despesas dos OVS para mim ou para a pessoa que eu estou representando neste requerimento, os OVS têm direito à reembolso integral, salvo disposição em contrária do juiz (Artigo 54-215 dos Estatutos Gerais de Connecticut).

Entendo também que os provedores poderão ser reembolsados diretamente pelas minhas dívidas.

Assinatura do requerente (não é permitida a assinatura eletrônica) | Escrever seu nome em letra de forma | Data

*Este requerimento deverá ser assinado pelo requerente adulto, o genitor, responsável legal ou curador de crianças menores de idade (menores de 18 anos), ou o responsável legal ou curador de adulto incapaz. Requerimentos sem assinatura serão devolvidos.*

**Envie o requerimento preenchido a:** Office of Victim Services, 225 Spring Street, 4th Floor, Wethersfield, CT 06109; ou por Fax a: 860-263-2780; ou por E-mail a: OVSCompensation@jud.ct.gov

**Entre em contato com os OVS no número:** 1-888-286-7347

**Site dos OVS:** [www.jud.ct.gov/crimevictim](http://www.jud.ct.gov/crimevictim)

### COMUNICADO SOBRE A ADA

O Poder Judiciário do Estado de Connecticut cumpre com a Lei para Americanos com Deficiências (ADA na sigla em inglês). Se necessitar de adaptações razoáveis em cumprimento com a ADA, ligue para os OVS no número 1-800-822-8428.