



هيئة تعويضات ضحايا الجرائم - نموذج تعويض ضحايا الجرائم, 500 شارع ميرو, فرانكفورت, كنتاكي 502-782-8255, crimesictims@ky.gov, 40601.

يجب أن يكون هذا النموذج مكتوبًا بخط واضح، أو مطبوعًا، وموقعًا. قد لا تُقبل الطلبات غير المكتملة. يمكن استكمال جميع الإجابات بصفحات توضيحية إضافية. يحق لك توكيل محام، على نفقتك الخاصة، ليمثلك ويساعدك في دعواك.

القسم 1: معلومات الضحية

اسم الضحية:

رقم الضمان الاجتماعي أو رقم الهوية الحكومية:

تاريخ الميلاد: / /

أنثى العمر وقت ارتكاب الجريمة

ذكر

رقم الهاتف: (الأساسي) (آخر)

بريد إلكتروني:

العنوان الحالي:

العنوان في وقت الجريمة (إذا كان مختلفًا عن العنوان أعلاه):

القسم 2: معلومات مقدم الطلب (إذا كان غير الضحية)

اسم مقدم المطالبة:

رقم الضمان الاجتماعي أو رقم الهوية الحكومية:

تاريخ الميلاد: / /

العلاقة بالضحية

رقم الهاتف: (الأساسي) (آخر)

بريد إلكتروني:

العنوان الحالي:

العنوان في وقت الجريمة (إذا كان مختلفًا عن العنوان أعلاه):

إذا لم تكن الضحية، هل كنت تقيم مع الضحية وقت وقوع الجريمة؟ نعم لا

تمت المراجعة في يوليو 2024

القسم 3: معلومات الجريمة

الاعتداء (الأسري) الاعتداء الجسدي على

الأطفال/إهمالهم الاعتداء الجنسي على الأطفال

أخرى الاعتداء الجنسي (للبالغين) الانتحار

الحرق العمد

الاختطاف مركبات

الاعتداء (غير المنزلي) صور إباحية للأطفال القتل القيادة المنهورة أو المنهورة الاعتداء الجنسي (على الأطفال)

مطاردة الاعتداء الجنسي

الإتجار بالبشر

السرقه

الخنق

أخرى

القسم 4. جائزة الطوارئ

هل تطلب جائزة طارئة؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى استكمال نموذج طلب جائزة الطوارئ المرفق وتوقيعه وتاريخه وإرفاقه بنموذج المطالبة الخاص بك.

القسم 5: المعلومات المالية

الذاتغير موظف

العمل في وقت الجريمة: كامل جزئ

الوقت الذي تغيب فيه عن العمل نتيجة للجريمة: نعم لا

هل تتقدم بطلب للحصول على تعويض عن الأجور المفقودة؟ نعم لا

هل تتقدم بطلب للحصول على تعويض عن فقدان الدعم؟ نعم لا

مصادر الدخل أو الدفع قبل الحادث: •الأجور •الضمان الاجتماعي •تعويضات العمال •التأمين •\$ (يرجى التحديد)

الرعاية الطبية

• Medicaid •مزايا المحاربين القدامى •أخرى

إجمالي الدخل الشهري قبل الحادث: \$

مصادر الدخل أو الدفع بعد الحادث: •الأجور •الضمان الاجتماعي •تعويضات العمال •\$ (يرجى التحديد)

الرعاية الطبية

• Medicaid •مزايا المحاربين القدامى •أخرى

إجمالي الدخل الشهري بعد الحادث: \$

تمت المراجعة في يوليو 2024

القسم 6: معلومات عن حوادث الجريمة

تاريخ الحادث ____/____/____ وقت الحادث ____:____ صباحًا/مساءً

مكان وقوع الحادث: _____

(يرجى أن تكون محددًا حتى تتمكن من توفير الموقع الدقيق)

تاريخ الإبلاغ ____/____/____ تم الإبلاغ إلى: _____
(وكالة إنفاذ القانون)

وصف الحادثة:

وصف أي إصابات:

معلومات الجاني

1) اسم الجاني: _____

هل اتهم الجاني بارتكاب جريمة؟ نعم _____ لا _____

إذا كانت الإجابة بنعم، ما هي الرسوم؟ _____

اسم المحكمة:

2) اسم الجاني: _____

هل اتهم الجاني بارتكاب جريمة؟ نعم _____ لا _____

إذا كانت الإجابة بنعم، ما هي الرسوم؟ _____

اسم المحكمة:

3) اسم الجاني: _____

هل اتهم الجاني بارتكاب جريمة؟ نعم _____ لا _____

إذا كانت الإجابة بنعم، ما هي الرسوم؟ _____

اسم المحكمة:

القسم 7: النفقات

يجب إدراج كل نفقات أدناه للنظر فيها. يجب أن تكون كل منها نتيجة مباشرة للجريمة، ويجب أن تتضمن الوثائق التاريخ والنوع وتكلفة الخدمة. إذا كنت بحاجة إلى مساحة إضافية، يُرجى إرفاق صفحة منفصلة. يجب إرفاق الوثائق.

من النفقات، مثل الفواتير المفصلة، والإيصالات، وعقود الخدمة، والفواتير، أو أي دليل آخر على الدفع و/أو الرصيد المستحق.

لا يجوز أن يتجاوز إجمالي الجوائز 50 ألف دولار.

7أ. النفقات الطبية

الرصيد الحالي	المدعي/الضحية خارج من الجيب	مبلغ التأمين مغطى	المبلغ الإجمالي مشحونة	اسم المزود

7ب. نفقات الصحة النفسية (لا تتجاوز سنتين)

الرصيد الحالي	المدعي/الضحية خارج من الجيب	مبلغ التأمين مغطى	المبلغ الإجمالي مشحونة	اسم المزود

7ج. مصاريف الجنازة (الحد الأقصى للتعويض: ١٠,٠٠٠ دولار أمريكي)

الرصيد الحالي	المدعي/الضحية خارج من الجيب	كمية تأمين، التبرعات، أو مصدر آخر مغطى	المبلغ الإجمالي مشحونة	اسم المزود

المزايا المتاحة والمبالغ:

تأمينات العمال: \$_____

تأمين الحياة: \$_____

تأمين الجنازة/الدفن: \$_____

العقار: \$_____

آخر: \$_____

تأمين اجتماعي: \$_____

التبرعات (بما في ذلك مواقع التمويل الجماعي): \$_____

٧د. مصاريف الانتقال (الحد الأقصى للمكافأة: ٢٠٠٠ دولار أمريكي)

حاضر توازن	المُطالب/الضحية تم الدفع من جيب	كمية مغطى بواسطة مصادر أخرى	المجموع كمية مشحونة	وصف	اسم المزود
				مصاريف الانتقال	
				وديعة الضمان	
				الدفعة الأولى من الرهن العقاري/ إيجار الشهر الأول	
				وديعة المرافق/فواتير المرافق للشهر الأول	
				آخر	

سبب الانتقال:

الأشخاص الآخرون الذين سيتم نقلهم:

1. الاسم
2. الاسم
3. الاسم
4. الاسم
- الاسم

٧هـ. نفقات السكن المؤقت

حاضر توازن	المُطالب/الضحية تم الدفع من جيب	كمية مغطى بواسطة مصادر أخرى	المجموع كمية مشحونة	الوصف (سكن، فندق، الخ.)	اسم المزود
				إقامة	
				ضروريات الحياة اليومية	
				آخر	

سبب السكن المؤقت:

أشخاص آخريين لإيواء مؤقت:

1. الاسم
2. الاسم
3. الاسم
4. الاسم
- الاسم

ف.٧ إزالة الوشم (للاتجار بالبشر فقط) (الحد الأقصى للجائزة: ٤٠٠٠ دولار أمريكي)

الرصيد الحالي	تم دفع المبلغ للمدعي/الضحية من الجيب	المبلغ المغطى من مصادر أخرى	المبلغ الإجمالي مشحونة	اسم المزود

٧ غرام، تعويض عن العناصر التي ضبطتها الشرطة كدليل على جريمة (الحد الأقصى للمكافأة: ٥٠٠ دولار أمريكي لكل عنصر)

حاضر توازن	المبلغ المغطى من مصادر أخرى (التأمين، الخ)	شراء سعر	وصف العنصر	اسم المزود

٧ ساعات، استبدال/إصلاح النوافذ والأقفال (الحد الأقصى للجائزة: ٥٠٠ دولار أمريكي)

حاضر توازن	المُطالب/الضحية تم الدفع من جيب	كمية مغطى بواسطة مصادر أخرى	المجموع كمية مشحونة	نوع العنصر	اسم المزود

٧١. ممارسات إعادة التأهيل أو العافية (الحد الأقصى للمكافأة: ١٠٠٠ دولار أمريكي سنوياً، على ألا تتجاوز سنتين)

حاضر توازن	المُطالب/الضحية تم الدفع من الجيب	المبلغ المغطى مصادر أخرى	إجمالي المبلغ المدفوع	اسم المزود

ج. النفقات المتعلقة بإجراءات المحكمة

حاضر توازن	المُطالب/الضحية تم الدفع من جيب	كمية مغطى بواسطة مصادر أخرى	المجموع كمية مشحونة	وصف	اسم المزود
				إقامة	
				يسافر	
				موقف السيارات	
				الوجبات	
				آخر	

٧٠٠ دولار أمريكي. مصاريف متعلقة بالاعتداء الجنسي منذ أكثر من عشر (١٠) سنوات (الحد الأقصى للتعويض: ٥٠٠٠ دولار أمريكي)

الرصيد الحالي	إجمالي الدفع المدفوع تم الدفع من الجيب	كمية مغطى بواسطة آخر مصادر	اسم المزود

القسم 8. معلومات الحكومة الفيدرالية (اختياري/للاستخدام الإحصائي فقط)

من أشاركك في برنامج التعويضات؟

محامي

صديق

دار الجنازة

مستشفى

القاضي

إنفاذ القانون

محامي ضحايا إنفاذ القانون

الوالد

المدعي العام

المدعي العام محامي الضحايا

هل هذه جريمة فيدرالية؟

نعم

لا

هل أنت (يرجى تحديد كل ما ينطبق) مواطن أمريكي من ذوي الإعاقة

مقيم في كنتاكي

آخرى

آخرى

المادة 9. الاسترداد والدعوى المدنية

هل رفع الضحية أو المدعي أو يخطط لرفع دعوى مدنية تتعلق بالإصابة التي لحقت به نتيجة للجريمة؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم:

اسم المحامي: _____

عنوان المحامي: _____

هاتف المحامي: _____ البريد الإلكتروني للمحامي: _____

هل أمرت المحكمة الجاني بدفع تعويض للضحية أو المدعي؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم: المبلغ: _____ \$كيف يتم الدفع?: _____

هل حصل الضحية على أي من التعويضات المقررة؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم: المبلغ: _____

المادة 10. التفويض والحلول محل الغير

أقر بموجب هذا، مع مراعاة العقوبة أو الغرامة أو السجن، بأن المعلومات الواردة في هذا النموذج وجميع المرفقات صحيحة ودقيقة على حد علمي.

الحلول: في مقابل المبلغ الذي تلقينته من مجلس تعويضات ضحايا الجرائم، وفي حال حصولي على تعويضات أو أضرار من الجاني أو من أي مصدر عام أو خاص آخر نتيجة الإصابات أو الوفاة التي كانت أساس مطالبتني بالتعويض من الصندوق، أوافق على رد هذا المبلغ حتى يصل إلى كامل المبلغ الذي تلقينته من الصندوق. أفهم أن التعويض من أي مصدر عام أو خاص آخر يشمل على سبيل المثال لا الحصر: استلام التأمين، والرعاية الطبية، والرعاية الطبية، وتعويضات العمال، وأجر العجز، وما إلى ذلك. كما أوافق وأنفهم أنه لا يجوز تخفيض أي جزء من التعويض المستحق لمجلس تعويضات ضحايا الجرائم بسبب أي رسوم تحصيل أو لأي سبب آخر مهما كان.

إذا قررت استرداد الأضرار أو التعويض عن الإصابة أو الوفاة من أي مصدر، فإنني أوافق على إخطار مجلس تعويضات ضحايا الجرائم فورًا بإرسال نسخ من أي مرافعات ومقترحات تسوية وأي وثائق أخرى ذات صلة. كما أوافق على التعاون الكامل مع مجلس تعويضات ضحايا الجرائم إذا قرر رفع دعوى قضائية ضد أي شخص أو جهة لاسترداد كل أو أي جزء من التعويض الذي تلقينته من الصندوق.

إفصاح طبي/نفسى/توظيفي: أصرّح بموجب هذا لأي مستشفى، أو طبيب، أو مدير جنازة، أو صاحب عمل، أو شركة تأمين، أو مكتب خدمات اجتماعية، أو مكتب ضمان اجتماعي، أو مستشار أو منشأة للصحة النفسية، أو أي شخص أو شركة أخرى بالإفصاح عن أي معلومات يطلبها مجلس تعويضات ضحايا الجرائم. أدرك وأقر بأن معلوماتي العقلية

قد تحتوي السجلات الصحية على ملاحظات سرية أدلي بها، أو معلومات تتعلق بإدمان المخدرات أو الكحول، أو حالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، أو غيرها من البيانات الشخصية. كما أوافق وأخلي مسؤولية أي مستشفى، أو طبيب، أو مدير جنازة، أو صاحب عمل، أو شركة تأمين، أو مكتب خدمات اجتماعية، أو مكتب ضمان اجتماعي، أو مستشار أو منشأة للصحة النفسية، أو أي فرد من طاقم العمل، عن أي مسؤولية عن الكشف عن هذه السجلات.

توقيعك:

تاريخ:

اسم المحامي*:

عنوان:

البريد الإلكتروني:

تلفظ المحامي:

*لا يُشترط وجود محام لمساعدتك في تقديم طلبك. ولكن، إذا ساعدك محام، فيجب عليه توقيع الطلب أيضًا.

