



Commission d'indemnisation des victimes d'actes criminels - Formulaire d'indemnisation des
victimes d'actes criminels 500 Mero Street,
Frankfort, KY 40601
crimevictims@ky.gov 502-782-8255

Ce formulaire doit être rédigé lisiblement, dactylographié ou imprimé, et doit être signé. Les dossiers incomplets pourraient être refusés.
Toutes les réponses peuvent être complétées par des pages explicatives supplémentaires. Vous avez le droit de faire appel, à vos frais, à un avocat pour
vous représenter et vous assister dans votre réclamation.

Section 1 : Informations sur la victime

Nom de la victime : _____ Numéro de sécurité sociale ou numéro d'identification gouvernemental : _____

Date de naissance : ____/____/____ Mâle ____ Femelle ____ Âge au moment du crime _____

Numéro de téléphone : (Principal) _____ (Autre) _____

E-mail: _____

Adresse actuelle : _____

Adresse au moment du crime (si différente de celle ci-dessus) : _____

Section 2 : Informations sur le demandeur (si autre que la victime)

Nom du demandeur : _____ Numéro de sécurité sociale ou numéro d'identification gouvernemental : _____

Relation avec la victime _____ Date de naissance : ____/____/____

Numéro de téléphone : (Principal) _____ (Autre) _____

E-mail: _____

Adresse actuelle : _____

Adresse au moment du crime (si différente de celle ci-dessus) : _____

Si vous n'étiez pas la victime, résidiez-vous avec elle au moment du crime ? Oui _____ Non _____

Section 3 : Informations sur la criminalité

<small>Incendie criminel</small>	Agression (domestique)	Agression (non domestique)	Cambriolage
Maltraitance physique/négligence envers un enfant	Abus sexuel sur enfant	Pornographie juvénile	<small>Conduite sans licence de taxi ou de camion</small>
Fraude/crimes financiers	Délit de fuite	Enlèvement	Autre
véhicule	Agression sexuelle (adulte)	Suicide	Homicide (meurtre)
			Conduite imprudente ou sans motif
	Agression sexuelle (enfant)	Harcèlement criminel	Traite des êtres humains
	Terrorisme		Vol
Autre _____			Étranglement

Section 4. Récompense d'urgence

Demandez-vous une indemnité d'urgence ? Oui _____ Non _____

Si oui, veuillez remplir, signer et dater le formulaire de demande de récompense d'urgence ci-joint et le joindre à votre formulaire de réclamation.

Section 5 : Informations financières

Emploi au moment du crime : Pleine partie _____ Soi _____ Chômeur _____

Temps d'absence du travail en raison d'un crime : Oui _____ Non _____

Demandez-vous une indemnisation pour perte de salaire ? Oui _____ Non _____

Demandez-vous une indemnisation pour perte de soutien ? Oui _____ Non _____

Sources de revenus ou de paiement avant l'incident :

Salaire \$ _____ •

accidents du travail • Sécurité sociale • Indemnisation des

\$ _____ • Assurance \$ _____

\$ _____ •

• Assurance-maladie (veuillez préciser)

• Medicaid •

Prestations aux anciens

combattants • Autre _____

Revenu mensuel total avant l'incident : \$ _____

Sources de revenus ou de paiement après l'incident : •

Salaire \$ _____ • Sécurité sociale \$ _____ •

Indemnisation des accidents du travail \$ _____

\$ _____ • Assurance \$ _____ • Medicare

Medicaid \$ _____ •

\$ _____ \$ _____ (veuillez préciser)

• Avantages pour les anciens combattants

• Autre _____

Revenu mensuel total après l'incident : \$ _____

Section 6 : Informations sur les incidents criminels

Date de l'incident ____ / ____ / ____ Heure de l'incident __: __ am/pm

Lieu où l'incident s'est produit : _____

(Veuillez être précis afin de fournir l'emplacement exact)

Date du rapport ____ / ____ / ____ Signalé à : _____

(Agence d'application de la loi)

Décrivez l'incident :

Décrivez toutes les blessures :

Informations sur le délinquant

1) Nom du délinquant : _____

Le délinquant a-t-il été accusé d'un crime ? Oui _____ Non _____

Si oui, quels frais ? _____

Nom du tribunal : _____

2) Nom du délinquant : _____

Le délinquant a-t-il été accusé d'un crime ? Oui _____ Non _____

Si oui, quels frais ? _____

Nom du tribunal : _____

3) Nom du délinquant : _____

Le délinquant a-t-il été accusé d'un crime ? Oui _____ Non _____

Si oui, quels frais ? _____

Nom du tribunal : _____

Section 7 : Dépenses

Chaque dépense doit être indiquée ci-dessous pour être prise en compte. Chaque dépense doit être directement liée au crime, et la documentation doit inclure la date, le type et le coût du service. Si vous avez besoin d'espace supplémentaire, veuillez joindre une page séparée. Vous devez inclure la documentation.

de la dépense, tels que des factures détaillées, des reçus, des contrats de service, des factures ou d'autres preuves de paiement et/ou de solde dû.

Le montant total des bourses ne doit pas dépasser 50 000 \$.

7a. Frais médicaux

Nom du fournisseur	Montant total Chargé	Montant de l'assurance Couvert	Demandeur/Victime sorti de poche	Solde actuel

7b. Frais de santé mentale (ne dépassant pas deux (2) ans)

Nom du fournisseur	Montant total Chargé	Montant de l'assurance Couvert	Demandeur/Victime sorti de poche	Solde actuel

7c. Frais funéraires (montant maximal : 10 000 \$)

Nom du fournisseur	Montant total Chargé	Montant Assurance, Dons, ou Autre source Couvert	Demandeur/Victime sorti de poche	Solde actuel

Avantages disponibles et montants :

Assurance vie : \$ _____

Indemnisation des accidents du travail : \$ _____

Assurance funéraire/inhumation : _____ \$

Sécurité sociale : \$ _____

Domaine: \$ _____

Dons (y compris les sites de financement participatif) : _____ \$

Autre: \$ _____

•

7d. Frais de déménagement (montant maximal : 2 000 \$)

Nom du fournisseur	Description	Total Montant Chargé	Montant Couvert par Autres sources	Demandeur/Victime Payé à partir de Poche	Actuel Équilibre
	Frais de déménagement				
	Dépôt de garantie				
	1er versement hypothécaire/1er mois de loyer				
	Dépôt de services publics/Premier mois de services publics				
	Autre				

Motif du déménagement :

Autres personnes à relocaliser :

1. Nom _____ 2.
 Nom _____ 3.
 Nom _____ 4.
 Nom _____

7e. Frais de logement temporaire

Nom du fournisseur	Description (Résidence, Hôtel, etc.)	Total Montant Chargé	Montant Couvert par Autres sources	Demandeur/Victime Payé à partir de Poche	Actuel Équilibre
	Hébergement				
	Nécessités de la vie quotidienne				
	Autre				

Motif du logement temporaire :

Autres personnes à héberger temporairement :

1. Nom _____ 2.
 Nom _____ 3.
 Nom _____ 4.
 Nom _____

7f. Suppression de tatouage (traite d'êtres humains uniquement) (Indemnité maximale : 4 000 \$)

Nom du fournisseur	Montant total Chargé	Montant couvert par d'autres sources	Demandeur/Victime payé Hors de la poche	Solde actuel

7g. Remboursement des objets saisis par la police comme preuve d'un crime (montant maximal : 500 \$ par objet)

Nom du fournisseur	Description de l'article	Achat Prix	Montant couvert par d'autres sources (assurance, dons, etc.)	Actuel Équilibre

7 h. Remplacement/réparation de fenêtres et de serrures (montant maximal : 1 500 \$)

Nom du fournisseur	Type d'article	Total Montant Chargé	Montant Couvert par Autres sources	Demandeur/Victime Payé à partir de Poche	Actuel Équilibre

7i. Pratiques de réadaptation ou de bien-être (Prix maximal : 1 000 \$ par an, sans dépasser deux (2) ans)

Nom du fournisseur	Montant total facturé	Montant couvert par Autres sources	Demandeur/Victime Payé de sa poche	Actuel Équilibre

71. Dépenses liées aux procédures judiciaires

Nom du fournisseur	Description	Total Montant Chargé	Montant Couvert par Autres sources	Demandeur/Victime Payé à partir de Poche	Actuel Équilibre
	Hébergement				
	Voyage				
	Parking				
	Repas				
	Autre				

7 000 \$. Dépenses liées à une agression sexuelle survenue il y a plus de dix (10) ans (Indemnité maximale : 5 000 \$)

Nom du fournisseur	Montant total facturé	Montant Couvert par Autre Sources	Demandeur/Victime Payé de sa poche	Solde actuel

Section 8. Informations du gouvernement fédéral (facultatif/à usage statistique uniquement)

Groupe ethnique (victime)

- Caucasien
- Afro-américain
- Amérindien ou autochtone d'Alaska
- Hispanique / Latino
- Multiracial
- Asiatique
- Hawaïen autochtone / Autre insulaire du Pacifique
- Autre

Êtes-vous (veuillez cocher toutes les cases applicables)

- Citoyen américain
- Handicap
- Résident du Kentucky

Qui vous a orienté vers le programme d'indemnisation ?

- Avocat
- FBI
- Ami
- Maison funéraire
- Hôpital
- Juge
- Application de la loi
- Défenseur des victimes auprès des forces de l'ordre
- Autre _____
- Parent
- Procureur
- Procureur Défenseur des victimes

Est-ce un crime fédéral ?

- Oui
- Non

Section 9. Restitution et action civile

La victime ou le demandeur a-t-il intenté ou prévoit-il intenter une action civile relative au préjudice subi à la suite du crime ? Oui Non

Si oui:

Nom de l'avocat : _____

Adresse de l'avocat : _____

Téléphone de l'avocat : _____ Courriel de l'avocat : _____

Le délinquant a-t-il été condamné par un tribunal à verser une restitution à la victime ou au demandeur ? Oui Non

Si oui : Montant : \$ _____ Comment doit-il être payé ? : _____

La victime a-t-elle reçu une partie de la restitution ordonnée ? Oui Non

Si oui : Montant : _____ \$

Article 10. Autorisation et subrogation

Je certifie par la présente, sous réserve de pénalité, d'amende ou d'emprisonnement, que les informations contenues dans ce formulaire et toutes les pièces jointes sont vraies et exactes au meilleur de ma connaissance.

SUBROGATION : En contrepartie du paiement reçu de la Commission d'indemnisation des victimes d'actes criminels, si je reçois des dommages-intérêts ou une indemnisation du contrevenant ou de toute autre source publique ou privée à la suite des blessures ou du décès à l'origine de ma demande d'indemnisation, je m'engage à rembourser ce montant jusqu'à concurrence du montant total perçu. Je comprends que l'indemnisation provenant de toute autre source publique ou privée comprend, sans s'y limiter : la perception d'une assurance, de Medicare, de Medicaid, d'une indemnisation des accidents du travail, d'une indemnité d'invalidité, etc. Je conviens également qu'aucune partie du recouvrement dû à la Commission d'indemnisation des victimes d'actes criminels ne peut être diminuée par des frais de recouvrement ou pour quelque autre raison que ce soit.

Si je choisis d'obtenir des dommages-intérêts ou une indemnisation pour ma blessure ou mon décès, quelle qu'en soit la source, je m'engage à en informer sans délai la Commission d'indemnisation des victimes d'actes criminels en lui adressant copie de toute plaidoirie, proposition de règlement et tout autre document s'y rapportant. Je m'engage également à coopérer pleinement avec la Commission d'indemnisation des victimes d'actes criminels si celle-ci décide d'intenter une action contre toute personne ou entité pour le recouvrement de tout ou partie de l'indemnisation que j'ai reçue du fonds.

AUTORISATION MÉDICALE/PSYCHIATRIQUE/PROFESSIONNELLE : J'autorise par la présente tout hôpital, médecin, directeur de pompes funèbres, employeur, compagnie d'assurance, bureau des services sociaux, bureau de la sécurité sociale, conseiller ou établissement en santé mentale, ou toute autre personne ou entreprise à divulguer toute information demandée par la Commission d'indemnisation des victimes d'actes criminels. Je comprends et reconnais que mes troubles mentaux Les dossiers médicaux peuvent contenir des remarques confidentielles de ma part, des informations concernant la consommation de drogues ou d'alcool, le statut VIH ou d'autres données personnelles. J'accepte également de décharger de toute responsabilité tout hôpital, médecin, directeur de pompes funèbres, employeur, compagnie d'assurance, bureau des services sociaux, bureau de la Sécurité sociale, conseiller ou établissement de santé mentale, ou tout membre du personnel, quant à la divulgation de ces dossiers.

VOTRE SIGNATURE : _____ DATE: _____

Nom de l'avocat*: _____ Adresse: _____

Téléphone : _____ Adresse email: _____

Signature de l'avocat : _____ Date: _____

*Vous n'êtes pas obligé d'avoir recours à un avocat pour déposer votre demande. Toutefois, si un avocat vous assiste, il doit également signer la demande.

