

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

RAPPORT DU CONSEILLER EN SANTÉ MENTALE À remplir

uniquement si vous faites une demande de thérapie mentale ou, le cas échéant, pour une perte de salaire.

À remplir uniquement par le conseiller. Le plan de traitement doit être joint.

Victime/Demandeur recevant un traitement : _____

Date du crime : _____ Date(s) à laquelle la victime/le demandeur n'a pas pu travailler : _____ à _____

Le traumatisme et le traitement sont le résultat direct de ce crime () Oui () Non

Présentation de la plainte : _____

Diagnostic enregistré : _____

Description du traumatisme psychologique résultant d'un crime :

Assurance maladie : _____
Nom de l'entreprise Numéro de téléphone/poste

Adresse Ville État Code postal

****VEUILLEZ JOINDRE LE PLAN DE TRAITEMENT DU PATIENT****

Nom du médecin/thérapeute/conseiller : _____ Spécialité : _____

Adresse du bureau : _____
Adresse Ville État Code postal

Téléphone : _____ Numéro de licence d'État : _____

Signature du médecin/thérapeute/conseiller

Date