

犯罪受害者赔偿申请表

请用大写字母清楚填写表格的正反面

仅供AGO使用：
VC#

确认和信息披露

我理解受害者赔偿基金是最后申请的基金。我同意将我从其它任何单位或部门申请赔偿损失收到的所有资金通知本部门，并同意立即向马萨诸塞州偿还批准给我或代表我领取的任何此类资金。如果批准给我资金，但我在资金批准通知日期后三个月内未作出回应，我授权本部门直接向服务提供者付款。

我许可任何医院、医疗设施、医生、心理健康服务提供者、保险公司、雇主、个人或机构（包括州和联邦机构）向受害者赔偿与援助分部提供信息，包括医疗记录和检测结果，这些信息可能包括药物滥用和酗酒筛查、艾滋病病毒筛查和艾滋病相关的信息。我理解此类信息将用于确定我对受害者赔偿福利的申请。未经我的明确书面同意，我未授权任何个人或实体因任何其他目的使用或披露此类信息，法院命令或法律另行规定的此类使用或披露除外。本签名信息披露的复印件与原件具有相同的效力。本授权将在《马萨诸塞州普通法》第258C章和《马萨诸塞州法规集》第940章第14.00款规定的所有要求最终确定后失效。

本人保证，据本人所知所信，本申请表中包含的所有信息和证明文件均真实准确，如有不实甘愿受作伪证之处罚。

申请人签名：_____ 日期：_____

由以下人
士填写 _____ 代表 _____
如果受害者是未成年人，则为父母或监护人

I. 受害者信息

受害者姓名：_____ 性别：_____
名 中间名首字母 姓

邮寄地址：_____ 家庭电话：() _____

市/州：_____ 邮编：_____ 手机号码：() _____

电子邮件地址：_____

出生日期：____/____/____ 发生事件时的年龄：_____ 社会安全号码：XXX-XX-_____
月 日 年

II. APPLICANT INFORMATION II. 申请人信息 如果受害者是申请人，请填写“相同”。如果受害者年龄不满18岁，申请人是父母/监护人。如果是凶杀案受害者，申请人是产生费用的个人。

申请人姓名：_____ 性别：_____
名 中间名首字母 姓

邮寄地址：_____ 家庭电话：() _____

市/州：_____ 邮编：_____ 手机号码：() _____

电子邮件地址：_____

出生日期：____/____/____ 发生事件时的年龄：_____ 社会安全号码：XXX-XX-_____
月 日 年

如果是代表凶杀案受害者的未成年家属提交申请，与未成年家属的关系 _____

受害者或代表受害者的申请人以前是否曾提交犯罪受害者赔偿申请？ 是 ___ 否 ___

如果回答“是”，请列出提交申请的月份和年份 ____/____

III. 犯罪信息 犯罪类型：

- | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 纵火 | <input type="checkbox"/> 儿童色情 | 人口贩运 | <input type="checkbox"/> 性侵 |
| <input type="checkbox"/> 袭击 | <input type="checkbox"/> 儿童性虐待 | 绑架 | <input type="checkbox"/> 跟踪 |
| <input type="checkbox"/> 入室盗窃 | <input type="checkbox"/> 酒后驾车/醉酒驾车 | 其他车辆犯罪 | <input type="checkbox"/> 恐怖主义 |
| <input type="checkbox"/> 儿童身体虐待/忽视 | <input type="checkbox"/> 凶杀 | 抢劫 | <input type="checkbox"/> 其他 |

犯罪发生的确切地点: _____

犯罪发生日期: _____

日 / 月 / 年

犯罪报告日期: _____

月 / 日 / 年

如果未在5天内报告,请在随附的纸页中解释原因。

警察局名称: _____

调查警官: _____

罪犯姓名(如知道): _____

如果您曾在法院/地区检察官办公室接受受害者维权员的协助,

请提供维权员的姓名和电话号码: _____

如果未随附警察报告,请在另一页纸中简要描述犯罪事件和导致的任何受伤。

IV. 受害信息 说明以下 (1) 项或多项与所选的犯罪类型相关:

- | | | | | |
|-----------------------------|------|----------|------|-------|
| <input type="checkbox"/> 欺凌 | 家庭暴力 | 年长者虐待/忽视 | 仇恨犯罪 | 大规模暴力 |
|-----------------------------|------|----------|------|-------|

V. 费用 勾选您申请赔偿的费用类型。

医疗服务*

医疗用品/药房*

牙医服务*

替代家务服务*

辅助葬礼/安葬费用*

更换床上用品/衣物*

*随附账单和/或收据副本。

-
- 损失的工资 (仅限受害者)
-
- 损失的财务支持
-
- (凶杀案受害者家属)

葬礼/安葬* †

犯罪现场清理*

性侵法医检查相关的费用*

受害者心理咨询*

凶杀案受害者家庭成员咨询*

目睹对家庭成员暴力的儿童咨询*

保安措施*

为儿童受害者的无罪父母提供心理咨询*

† 殡仪馆名称: _____

地址: _____

电话: () _____

VI. 损失的收入 如果申请损失的工资或损失的财务支持赔偿,请填写。

受害者的雇主: _____

联系人: _____

邮寄地址: _____

电话: () _____

市/州: _____

如果受害者已经或将要返回工作,估计的残障时期: _____

如果为凶杀案受害者家属申请财务支持,请提供以下信息:

家属姓名	出生日期	社会安全号码	与受害者的关系
_____	____/____/____	XXX - XX - _____	_____
_____	____/____/____	XXX - XX - _____	_____
_____	____/____/____	XXX - XX - _____	_____

VII.其他经济援助来源 勾选全部或部分费用付款的可能来源。

- 医疗保险 住院“免费护理” 工伤赔偿
- 寿险/事故险 失业福利 归还
- 汽车保险 残障福利 公共福利 (福利、Medicare、Medicaid、SSDI)

其他 (请具体说明) : _____
 相关保险公司名称: _____

地址: _____ 电话: () _____ 保单号码: _____

您是否已提起或打算提起民事诉讼? 是: _____ 否: _____ 不确定: _____

如果回答“是”，律师姓名: _____ 电话: () _____

地址: _____ 市/州: _____ 邮编: _____

VIII. 选择填写信息 仅限用于统计目的。

受害者的种族/族裔：

- 美洲印第安人/阿拉斯加土著 西裔/拉丁裔 一些其他种族
- 亚裔 夏威夷土著和其他太平洋岛民 多种族
- 黑人/非裔美国人 非拉丁裔白人/白种人 我拒绝回答这个问题

是谁将您转介至受害者赔偿与援助司? _____

请将填妥的申请表寄至：

Office of Attorney General
 Victim Compensation & Assistance Division
 One Ashburton Place, Boston, MA 02108
 电话: (617) 727-2200 分机2160 传真: (617) 742-6262 TTY: (617) 727-4765
 电子邮件: VCCorrespondence@mass.gov

资源

如果您是犯罪受害者，根据麻州的法律，您享有接受相关服务的权利。

有关受害者权利及对受害者服务的更多信息，请与你与当地地区检察院的受害者证人办公室或下列其中的一个麻州机构联系。

各地区检察院受害者证人办公室联系电话：

Berkshire 县	(413) 443-5951
Bristol 县	(508) 997-0711
Cape 及岛屿	(508) 362-8113
Essex 县	(978) 745-6610
Franklin 县	(413) 774-3186
Hampden 县	(413) 747-1000
Hampshire 县	(413) 586-9225
Middlesex 县	(781) 897-8300
Norfolk 县	(781) 830-4800
Plymouth 县	(508) 584-8120
Suffolk 县	(617) 619-4000
Worcester 县	(508) 755-8601

麻州受害者援助机构

马萨诸塞州受害者援助办公室
(617) 586-1340 • www.mass.gov/mova

马萨诸塞州惩教署
(866) 684-2846 • www.mass.gov/doc

刑事司法信息部
(617) 660-4690 • www.mass.gov/cjis

马萨诸塞州青年服务部
(617) 960-3290 • www.mass.gov/dys

马萨诸塞州假释委员会
(508) 650-4500 • www.mass.gov/parole

性犯罪者登记委员会
(978) 740-6440 • www.mass.gov/sorb

美国检察官办公室
(617) 748-3100 • www.justice.gov/usao/ma

受害者赔偿

对马萨诸塞州犯罪受害者提供的
经济援助



马萨诸塞州司法部长办公室
受害者赔偿与援助司

One Ashburton Place Boston, MA 02108
电话：(617) 727-2200 分机 2160
TTY：(617) 727-4765
传真：(617) 742-6262
网站：www.mass.gov/ago/vcomp

马萨诸塞州司法部长发出的讯息

暴力犯罪会影响一个人生活的方方面面。因此带来的身体和心理伤害会影响一个人的工作、学习以及实现个人目标和愿望的能力。

通常受害者可能需要接受治疗，以解决由他人暴力行为造成的伤害。所产生的金钱费用 — 失去亲人后、医疗和牙科护理、心理援助以及因受伤导致残障无法工作 — 不应进一步伤害受到暴力犯罪影响的人。

马萨诸塞州司法部长办公室致力于赋予犯罪受害者权利，并向他们提供开始康复程序所需的渠道和支持。我们的受害者赔偿与援助司是努力实现这一目标的资源之一。我们能够为符合规定的暴力犯罪受害者提供经济援助，包括未投保的医疗和牙科护理、心理健康咨询、丧葬费用以及因无法工作而损失的收入。此外，在2013年7月1日或之后发生的犯罪的受害者可能有资格获得与可赔偿费用相关的经济援助。

本部门主要使用从犯罪者那里获得的资金，可协助支付每起犯罪高达25,000美元的费用。我们经验丰富的工作人员将帮助您了解您作为犯罪受害者享有的权利，确定哪些费用可能有资格获得赔偿，并评估有哪些其他资源可以帮助您。

如果您或您的亲人成为暴力犯罪的受害者，请花一些时间阅读本手册，并与我们的受害者赔偿与援助分部的工作人员联系，以便获得进一步援助。

哪些人有资格？

- 在马萨诸塞州发生的暴力犯罪的受害者
- 凶杀案受害者的家属和家庭成员
- 负责支付凶杀案受害者丧葬费的人

有哪些要求？

- 除非有充分的延迟理由，否则必须在五天内向警方报案。
- 除非有合理的理由不合作，您必须在调查和犯罪起诉过程中与执法人员合作。
- 您必须在犯罪发生后三年内申请赔偿。犯罪时年龄未满18岁的受害者可在21岁前申请，或者在某些有限的情况下在更晚的时间申请。

哪些费用可获得赔偿？

如果保险或其他资金无法支付您与犯罪相关的费用，您可能会获得以下赔偿：

- 医疗和牙科费用（包括设备、用品和药物）
- 心理咨询费用（针对受害者、凶杀案受害者的家庭成员以及目睹家庭成员遭受暴力的儿童）
- 葬礼/安葬费用（有限额）
- 损失的工资（仅限受害者）
- 失去经济支持（针对凶杀案受害者的家属）
- 家务费用
- 辅助葬礼/安葬
- 更换床上用品/衣物
- 犯罪现场清理
- 性侵法医检查
- 保安措施
- 为儿童受害者的无罪父母提供心理咨询

未涵盖的费用：财产损失、痛苦赔偿以及其他损失

我如何申请？

- 填写申请表，并将填妥的申请表送回给受害者赔偿与援助司，以供核实。通常，您将在四到六个月后收到决定。保留您希望申请的费用付款证明（发票、收据或报表）非常重要。
- 只要您未达到法定援助上限，您可以重新开启您的赔偿申请，用于支付未来的费用。