

Para uso exclusivo do AGO
(Gabinete do Procurador-Geral):
VC#

Reconhecimento e Divulgação de Informações

Eu compreendo que o Fundo de Indenização às Vítimas é um fundo de último recurso. Concordo em informar à Divisão quaisquer fundos que eu receba de qualquer fonte pelas perdas pelas quais solicitei indenização, e concordo em reembolsar a Commonwealth por quaisquer fundos desta natureza que tenham sido pagos a mim ou em meu nome. Se eu receber uma indenização, autorizo a Divisão a fazer pagamentos diretamente ao prestador dos serviços, se eu não responder no prazo de 3 meses da data da Notificação de Concedimento da Indenização.

Dou minha permissão a qualquer hospital, instituição médica, médico, provedor de serviços de saúde mental, seguradora, empregador, pessoa ou órgãos, incluindo órgãos estaduais e federais, para que liberem informações à Victim Compensation and Assistance Division (Divisão de Assistência e Indenização a Vítimas), incluindo prontuários médicos e resultados de exames, os quais podem incluir exames de detecção de drogas e álcool, testes de HIV e informações relacionadas à AIDS. Eu compreendo que as informações serão usadas para determinar os benefícios do meu requerimento de indenização à vítima. Eu não autorizo o uso ou a divulgação dessas informações a nenhuma pessoa ou entidade para qualquer outro fim sem meu consentimento expresso por escrito, exceto em casos nos quais tal uso ou divulgação seja previsto por uma ordem judicial ou previsto por lei. Uma fotocópia desta autorização assinada terá a mesma validade da autorização original. Esta autorização perderá sua validade quando da determinação final de todos os requisitos de acordo com a M.G.L. c. 258C e 940 CMR 14.00.

Eu declaro, sob pena de perjúrio, que todas as informações e documentos de apoio contidos neste requerimento são verdadeiros e precisos, conforme meu melhor conhecimento.

Assinatura do requerente: _____ Data: _____

Pai, mãe ou responsável, se a vítima for menor de idade.

Preparado por _____ em nome de _____

I. Informações sobre a Vítima

Nome da vítima: _____ Sexo: _____
Nome Inicial do meio Sobrenome
Endereço para correspondência: _____ Telefone residencial: () _____
Cidade/ Estado: _____ Código postal: _____ Telefone celular: () _____
Endereço de e-mail: _____
Data de nascimento: _____ / _____ / _____ Idade na ocasião do incidente: _____ Nº do Seguro Social
Mês Dia Ano XXX - XX - _____

II. Informações sobre o Requerente Se a vítima for o Requerente, escreva "same". Se tiver menos de 18 anos, o requerente é o pai, mãe ou responsável. Se foi vítima de homicídio, o requerente é o indivíduo que estiver incorrendo em despesas.

Nome do requerente: _____ Sexo: _____
Nome Inicial do meio Sobrenome
Endereço para correspondência: _____ Telefone residencial: () _____
Cidade/Estado: _____ Código postal: _____ Telefone celular: () _____
Endereço de e-mail: _____
Data de nascimento: _____ / _____ / _____ Parentesco com a vítima: _____ Nº do Seguro Social
Mês Dia Ano SSN: XXX - XX - _____

Se estiver fazendo o requerimento em nome de um dependente menor, ou de dependentes menores, de uma vítima

de homicídio, o parentesco com o(s) menor(es): _____

A vítima, ou o requerente em nome da vítima, já fez um requerimento de indenização por ser vítima de crime anteriormente? _____

Se respondeu Sim, informe o mês e ano quando o requerimento foi feito. _____

Sim Não

III. Informações sobre o crime Tipo de crime:

- Incêndio criminoso Pornografia infantil Tráfico de seres humanos Estupro
 Agressão Abuso sexual de crianças Sequestro Perseguição (Assédio)
 Arrombamento de domicílio DUI/DWI (Dirigir embriagado/Dirigir intoxicado) Outros crimes cometidos quando na direção de um veículo Terrorismo
 Negligência/Abuso físico de crianças Homicídio Roubo Outra opção:

Local exato do crime: _____ Cidade/Estado: _____

Data do crime: _____ / _____ / _____ Data em que o crime foi denunciado: _____ / _____ / _____
Mês Dia Ano Mês Dia Ano *Se não foi denunciado no prazo de 5 dias, favor explicar porque em uma declaração anexa.*

Nome do departamento de polícia: _____ Nome do policial investigador: _____

Nome/Nomes das pessoas que cometeram o crime (se souber): _____

Se você recebeu assistência de um defensor de vítimas no tribunal ou no gabinete do Procurador de Justiça, forneça o nome e o telefone do defensor. _____

Se um relatório policial não estiver anexado, descreva brevemente o crime e os ferimentos resultantes do crime em uma folha separada.

IV. Informações sobre vitimização Indique se um (1) ou mais dos itens a seguir estão relacionados aos tipos de crime selecionados:

Bullying Violência doméstica ou familiar Negligência/Abuso de idosos Crime de ódio Violência em massa

V. Despesas Marque os tipos de despesas para as quais você está buscando indenização.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Serviços médicos*
Suprimentos médicos/Farmácia*
Serviços odontológicos*
Serviços de substituição a serviços domésticos*
Despesas relacionadas ao funeral/sepultamento*
Substituição de roupas de cama/vestuário* | <input type="checkbox"/> Perda de remuneração (apenas da vítima)
Perda de apoio financeiro (para dependentes de vítimas de homicídio)
Funeral/Sepultamento* †
Limpeza da cena do crime*
Despesas associadas a um exame forense de estupro | <input type="checkbox"/> Aconselhamento psicológico para a vítima*
Aconselhamento psicológico para familiares de vítimas de homicídio*
Aconselhamento psicológico para crianças que testemunharam violência contra um de seus familiares*
Medidas de segurança*
Aconselhamento psicológico para o pai ou mãe, que não é o(a) infrator(a), de uma vítima infantil* |
|--|---|---|

*Anexar cópias de contas e/ou recibos.

† Nome da funerária: _____

Endereço: _____ Telefone: () _____

VI. Perda de renda Preencher se estiver procurando obter renda ou apoio perdidos.

Empregador da vítima: _____ Pessoa de contato: _____

Endereço para correspondência: _____ Telefone: () _____

Cidade/ _____

Estado: _____ Código postal: _____

Se a vítima voltou ou voltará ao trabalho, uma estimativa do período da incapacidade: _____

Se estiver solicitando apoio financeiro para um dependente ou dependentes de uma vítima de homicídio, forneça as seguintes informações:

Nomes dos dependentes	Data de nascimento	SSN	Parentesco com a vítima
_____	____ / ____ / ____	XXX - XX - _____	_____
_____	____ / ____ / ____	XXX - XX - _____	_____
_____	____ / ____ / ____	XXX - XX - _____	_____

VII. Outras fontes de assistência financeira Marque todas as potenciais fontes de pagamento das despesas, seja o pagamento total ou parcial .

<input type="checkbox"/> Seguro de saúde	<input type="checkbox"/> "Cuidados gratuitos" prestados em um hospital	Indenização trabalhista
Seguro de vida/de acidentes	Benefícios por desemprego	Indenização
Seguro de automóvel	Benefícios por deficiência	Benefícios públicos (assistência social, Medicare, Medicaid, SSDI)
Outra opção (especifique): _____		

Nome das seguradoras aplicáveis: _____

Endereço: _____ Telefone: () _____ No. da apólice: _____

Você ajuizou ou pretende ajuizar um processo civil? Sim: _____ Não: _____ Não tenho certeza: _____
 Se respondeu Sim, nome do(a) advogado(a): _____ Telefone: () _____

Endereço: _____ Cidade/Estado: _____ Código postal: _____

VIII. Informações opcionais Exclusivamente para fins estatísticos.

Raça/Etnia da vítima:

<input type="checkbox"/> Índio Americano/Nativo do Alasca	<input type="checkbox"/> Hispânico/Latino	Outra etnia
Asiático	Nativo do Havaí ou de outras Ilhas do Pacífico	Múltiplas etnias
Negro/Afro-americano	Branco Não Latino/Caucasiano	Recuso-me a responder a esta pergunta

Quem o indicou para a Indenização às vítimas? _____

Envie este requerimento preenchido para:

Office of Attorney General, Victim Compensation & Assistance Division
 One Ashburton Place, Boston, MA 02108

Telefone: (617) 727-2200 ramal 2160 Fax: (617) 742-6262 TTY: (617) 727-4765
 E-mail: VCCorrespondence@mass.gov

Recursos

Se você foi vítima de um crime, tem certos direitos e certos serviços.

Para obter mais informações sobre os direitos de vítimas e os serviços disponibilizados a vítimas de crimes, contate o programa de testemunhas de vítimas no seu escritório local do Procurador de Justiça ou um dos órgãos estaduais enumerados abaixo.

Programas de Testemunhas de Vítimas do Procurador de Justiça

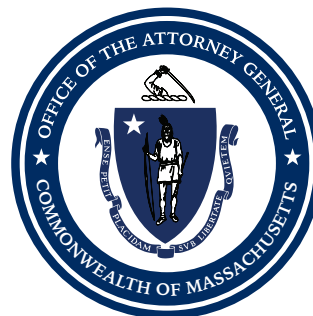
Condado de Berkshire	(413) 443-5951
Condado de Bristol	(508) 997-0711
Cabo e Ilhas	(508) 362-8113
Condado de Essex	(978) 745-6610
Condado de Franklin	(413) 774-3186
Condado de Hampden	(413) 747-1000
Condado de Hampshire	(413) 586-9225
Condado de Middlesex	(781) 897-8300
Condado de Norfolk	(781) 830-4800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

Programas Estaduais de Assistência a Vítimas

Massachusetts Office for Victim Assistance
(617) 586-1340 • www.mass.gov/mova
Massachusetts Department of Corrections
(866) 684-2846 • www.mass.gov/doc
Department of Criminal Justice Information
(617) 660-4690 • www.mass.gov/cjis
Massachusetts Department of Youth Services
(617) 960-3290 • www.mass.gov/dys
Massachusetts Parole Board (508) 650-4500 •
www.mass.gov/parole
Sex Offender Registry Board (978) 740-6440 •
www.mass.gov/sorb
United States Attorney's Office (617)
748-3100 • www.justice.gov/usao/ma

Indenização a vítimas

Assistência financeira
para vítimas de crimes
no Estado de
Massachusetts



Gabinete da Procuradora-Geral
Andrea Joy Campbell

Divisão de Assistência e Indenização a vítimas

One Ashburton Place
Boston, MA 02108
(617) 727-2200 ext. 2160
(617) 727-4765 TTY
(617) 742-6262 Fax
www.mass.gov/ago/vcomp

Uma Mensagem da Procuradora-Geral de Massachusetts

Um crime violento tem um impacto sobre todos os aspectos da vida de uma pessoa. Os ferimentos físicos e psicológicos resultantes podem afetar a habilidade de uma pessoa de trabalhar, frequentar sua escola e realizar suas próprias metas e aspirações individuais.

As vítimas muitas vezes requerem tratamentos para sanar os ferimentos causados por atos violentos praticados por outras pessoas. As despesas financeiras que são obrigadas a fazer – depois da perda de um ente querido, com atendimento médico e odontológico, com assistência psicológica, e com os problemas que resultam de sua incapacidade de trabalhar – não devem afetar ainda mais as pessoas vitimadas por crimes violentos.

O Gabinete da Procuradora-Geral de Massachusetts tem o compromisso de empoderar as vítimas de crimes, e de fornecer a elas as ferramentas e o apoio de que precisam para iniciarem o seu processo de cura. Nossa Victim Compensation and Assistance Division (Divisão de Assistência e Indenização a Vítimas) é um dos recursos que trabalha arduamente para que isso aconteça. Somos capazes de fornecer assistência financeira a vítimas de crimes violentos que se qualifiquem, destinada a despesas que não são cobertas pelo seguro, como atendimento médico e odontológico, aconselhamento de saúde mental, custos do funeral/sepultamento, e à perda de renda devido à sua incapacidade de trabalhar. Além disso, vítimas de crimes que ocorreram em ou depois de 1º de Julho de 2013 podem se qualificar para receber assistência financeira relacionada a despesas indenizáveis.

Nossa divisão utiliza primariamente os fundos obtidos dos autores do crime, e pode ajudar com despesas de até \$25.000 por crime. Minha equipe é muito experiente e ajudará você a entender seus direitos como vítima de um crime, a determinar quais despesas se qualificam para a indenização, e a avaliar quais outros recursos estão disponíveis para ajudá-lo.

Se você ou um ente querido seu foi vítima de um crime violento, leia com atenção este folheto e contate a equipe de nossa Divisão

Quem se qualifica?

- Vítimas de crimes violentos que ocorreram em Massachusetts
- Dependentes e familiares de vítimas de homicídio
- Qualquer pessoa responsável pelas despesas com o funeral de uma vítima de homicídio

Quais são as exigências?

- O crime deve ter sido informado à polícia no prazo de cinco dias do ocorrido, a menos que haja uma boa justificativa para o atraso.
- Você deve cooperar com as autoridades policiais na investigação e no processo do crime, a não ser que tenha uma justificativa razoável para não cooperar.
- Você deve fazer o requerimento da indenização no prazo de três anos depois de ocorrido o crime. Vítimas com menos de 18 anos quando o crime ocorreu podem se inscrever até completarem 21 anos de idade ou mesmo depois, em determinadas circunstâncias limitadas.

Quais despesas são cobertas?

Se seguros ou outros fundos não cobrirem suas despesas relacionadas ao crime, você poderá ser reembolsado por:

- Despesas médicas e odontológicas (incluindo equipamentos, suprimentos e medicamentos)
- Despesas de aconselhamento psicológico (para vítimas, familiares de vítimas de homicídio e crianças que testemunham violência contra um de seus familiares)
- Despesas com o funeral/sepultamento (há limites)
- Perda de remuneração (apenas das vítimas)
- Perda de apoio financeiro (para dependentes de vítimas de homicídio)
- Despesas domésticas
- Despesas relacionadas ao funeral/sepultamento
- Substituição de roupas de cama/vestuário
- Limpeza da cena do crime
- Despesas associadas a um exame forense de estupro
- Medidas de segurança
- Aconselhamento psicológico para o pai ou mãe, que não é o(a) infrator(a), de uma vítima infantil

Despesas não cobertas: perdas de propriedade, indenização por danos morais e todas as outras perdas

Como posso me inscrever?

- Preencha o requerimento e devolva-o à Divisão de Assistência e Indenização a Vítimas para que seja verificado. Em geral, você receberá um decisão no prazo de quatro a seis meses. É importante que guarde os comprovantes de pagamentos que tenha feito (faturas, recibos ou extratos) das despesas que você pretende reivindicar.
- Sua reivindicação pode ser reaberta para incluir despesas futuras, se você não tiver atingido o limite previsto em lei