

性侵犯咨询索赔表

请填写表格并邮寄、电子邮件或传真至:

Victims Compensation Assistance Program (VCAP)
P.O.Box 1167
Harrisburg PA 17108-1167

(800) 233-2339 (717) 783-5153
传真 (717) 787-4306
电子邮件: ra-davesupport@pa.gov

第一部分 受害者信息

受害者姓名 _____ 出生日期 _____ 社会安全号码# _____

街道地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

电话号码 _____ 电子邮件 _____

您有医疗保险吗? 是 _____ 否 _____

您的医疗保险是否可以付咨询费用? 是 _____ 否 _____

是否因性侵犯(即民事和解、赔偿等)? 是 _____ 否 _____

如果受害者目前未满18岁, 则受害者的家长/监护人或承担咨询费用经济义务的个人必须填写以下部分并作为索赔人在第二页上签名。

索赔人姓名 _____ 出生日期 _____ 社会安全号码# _____

街道地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

电话号码 _____ 电子邮件 _____

第一部分 犯罪信息

性侵犯的受害者无须报告犯罪或与执法当局交谈以便在性侵犯咨询索赔程序中支付咨询费用。请询问以下问题帮助确定您可能资格获得哪个级别的福利。

性侵犯的大致日期 (mm/dd/yyyy)

犯罪地点: 郡: _____ 州: 宾夕法尼亚州

如果您确实向执法部门报告了犯罪行为, 您可能资格获得额外的福利。是否向任何当局(执法部门、地方检察官、儿童保护服务机构)报告了犯罪行为? 是 否

您有兴趣了解更多有关这些好处的信息吗? 是 否

如果您标记为是, 计划工作人员将与您联系以进一步讨论获得这些福利的资格。

第三节 咨询提供方信息 适用于2019年11月26日或之后提供的服务。

如果您有详细的咨询账单和保险福利报表的副本(如果适用和可用的话), 请将它们与索赔表一起提交。如果您没有副本, 我们将向下列提供方索取。

提供方 _____

街道地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

电话号码 _____ 电子邮件 _____

性侵犯咨询索赔表

法律明确规定，资金只能支付欠医疗保健提供者的咨询费用（即由精神科医生、心理学家、持牌专业顾问或持牌社会工作者提供的心理健康治疗）。这仅适用于2019年11月26日或之后的服务日期。

第四部分 统计信息

以下信息仅用于统计目的。本部分中的信息提交完全是自愿的。

侵犯人类型：神职人员____ 家人____ 陌生人____ 教师____ 教练____ 组长____
医疗提供者____ 看护人____ 亲密伙伴____ 其他____

您之前是否向受害者赔偿援助计划提出过索赔？ 是____ 否____

如果是，请提供索赔号码（如果知道的话）：_____

第五部分 需要签名

确认和报销协议

必须在索赔审查程序开始之前签署确认和报销协议。

本人在下面的签名表示本人理解以下每一项声明或法律要点：

任何故意或故意提交或导致提交与索赔有关的虚假或伪造信息的受害者或索赔人可能会被拒绝福利并根据州法律受到适当的刑事处罚。

本人了解犯罪受害者赔偿基金是最后的付款人。本人尤其同意将本人可能从任何其他来源收到的、由于犯罪和奖励范围内尚未考虑的任何资金通知该计划并将其偿还给州政府。也就是说，本人同意偿还本人从犯罪者、任何其他个人或来源那里收到的任何资金，这些资金补偿了本人所遭受的伤害，包括任何对痛苦和苦难的赔偿。本人进一步同意，如果索赔在任何时候被确定为错误、虚假或欺诈，本人将向该计划退还该计划所支付的所有款项。

X _____

索赔人签名

日期

HIPAA授权和发布协议

必须在索赔审查流程开始之前签署此授权书。

本人特此根据 HIPAA（健康保险流通与责任法案，42 USC § 1320d等）的隐私规定授权任何医院、医生、医疗保健提供方或其他参加、检查或向(print name of victim)提供治疗的人要向受害者服务办公室、受害者赔偿援助计划提供其所拥有的与作为此索赔依据的犯罪相关的任何和所有信息。

可以使用此授权的副本代替原件。****本人明白本人可以随时通过向受害者服务办公室、受害者赔偿援助计划提供书面的、注明日期的请求来撤销此授权。此外，此授权将在本人在下方签名之日起5年内到期或此索赔结束之日（以较早者为准）。**

X _____

索赔人签名

日期

Victims Compensation Assistance Program (VCAP)
P.O.Box 1167
Harrisburg PA 17108-1167

(800) 233-2339 (717) 783-5153
传真 (717) 787-4306
电子邮件: ra-davesupport@pa.gov