

Antragsformular für die Beratung bei sexuellen Übergriffen

Bitte füllen Sie das Formular aus und senden Sie es per Post, E-Mail oder Fax an:

Das Programm für die Entschädigung von Opfern (VCAP)

Postfach 1167

Harrisburg PA 17108-1167

(800) 233-2339 oder (717) 783-5153

FAX (717) 787-4306

E-Mail: ra-davesupport@pa.gov

ABSCHNITT 1 Angaben zum Opfer

Name des Opfers _____ Geburtsdatum _____ Sozialversicherung # _____

Straße und Hausnummer _____ Ort _____ Staat _____ PLZ _____

Telefonnummer _____ E-Mail _____

Sind Sie krankenversichert? ja _____ nein _____

Wurden die Beratungskosten von Ihrer Krankenversicherung übernommen? ja _____ nein _____

Wurden als Folge des sexuellen Übergriffs Gelder aus anderen Quellen beantragt oder erhalten (z. B. zivilrechtlicher Vergleich, Entschädigung usw.)? ja _____ nein _____

Wenn das Opfer noch jünger als 18 Jahre alt ist, muss der Erziehungsberechtigte des Opfers oder die Person, die die finanzielle Verpflichtung für die Beratungskosten übernimmt, den nachstehenden Abschnitt ausfüllen und auf der zweiten Seite als Antragsteller unterschreiben.

Name der Antragstellerin/des Antragstellers _____ Geburtsdatum _____ Sozialversicherung # _____

Straße und Hausnummer _____ Ort _____ Staat _____ PLZ _____ Telefonnummer _____

_____ E-Mail _____ Verhältnis zum Opfer _____

ABSCHNITT 2 Angaben zur Straftat

Ein Opfer eines sexuellen Übergriffs darf die Straftat nicht anzeigen oder sich an die Strafverfolgungsbehörden wenden, damit die Beratungskosten im Rahmen des Antragsverfahrens für die Beratung bei sexuellen Übergriffen übernommen werden können. Die nachfolgenden Fragen sollen dabei helfen, die Höhe der Leistungen zu bestimmen, die für Sie in Frage kommen.

Ungefähres Datum des sexuellen Übergriffs _____ (mm/tt/jjjj)

Tatort: Land: _____ Staat: Pennsylvania

Wenn Sie die Straftat den Strafverfolgungsbehörden gemeldet haben, haben Sie möglicherweise Anspruch auf zusätzliche Leistungen. Wurde die Straftat bei einer Behörde (Strafverfolgungsbehörde, Staatsanwaltschaft, Kinderschutzbehörde) angezeigt? ja _____ nein _____ Möchten Sie mehr über diese Leistungen erfahren? ja _____ nein _____ Wenn Sie "ja" angekreuzt haben, werden sich die Mitarbeiter des Programms mit Ihnen in Verbindung setzen, um die Anspruchsberechtigung für diese Leistungen zu besprechen.

ABSCHNITT 3 Angaben zum Beratungsanbieter Für Dienstleistungen, die am oder nach dem 11/26/2019 erbracht werden.

Wenn Sie Kopien der Einzelverbindungsnachweise für die Beratung und die Versicherungsleistungen haben (falls zutreffend und verfügbar), reichen Sie diese bitte zusammen mit dem Antragsformular ein. Sollten Sie keine Kopien haben, werden wir diese bei dem unten aufgeführten Anbieter anfordern.

Name des Anbieters _____

Straße und Hausnummer _____ Ort _____ Staat _____ PLZ _____

Telefonnummer _____ E-Mail _____ Fax-Nummer _____

Antragsformular für die Beratung bei sexuellen Übergriffen

Das Gesetz besagt ausdrücklich, dass Gelder nur für Beratungskosten gezahlt werden können, die dem Gesundheitsdienstleister geschuldet sind (d. h. psychische Gesundheitstherapie, die von einem Psychiater, Psychologen, zugelassenen Berufsberater oder zugelassenen Sozialarbeiter erbracht wird). Dies gilt nur für Leistungsdaten, die ab 11/26/2019 entstanden sind.

ABSCHNITT 4 Statistische Angaben

Die nachfolgenden Angaben werden ausschließlich zu statistischen Zwecken verwendet. Die Übermittlung der Angaben in diesem Abschnitt ist absolut freiwillig.

Art des Straftäters: Klerus _____ Familie _____ Unbekannter _____ Lehrer _____ Trainer _____ Gruppenleiter _____
Medizinischer Dienstleister Betreuungsperson Intimpartner _____ Sonstige(r) _____

Haben Sie bereits einen Antrag beim Programm für die Entschädigung von Opfern gestellt? Ja _____ Nein _____
Falls ja, geben Sie bitte die Antragsnummer an (falls bekannt): _____

ABSCHNITT 5 Erforderliche Unterschriften

Anerkennungs- und Rückerstattungsvereinbarungen

Die Anerkennungs- und Rückerstattungsvereinbarung muss unterschrieben werden, bevor das Verfahren zur Prüfung des Antrags aufgenommen werden kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich jede der folgenden Aussagen oder Rechtsfragen verstanden habe:
Die Opfer oder Antragsteller, die wissentlich oder absichtlich falsche oder gefälschte Angaben im Zusammenhang mit einem Antrag machen oder machen lassen, können von der Leistung ausgeschlossen und nach den Gesetzen des Commonwealth mit entsprechenden strafrechtlichen Sanktionen belegt werden.

Mir ist bekannt, dass der Entschädigungsfonds für Opfer von Straftaten die letzte Instanz für die Zahlung ist. Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, das Programm über alle Gelder zu informieren, die ich als Folge der Straftat und im Umfang der Zuerkennung von einer anderen Quelle erhalte und die nicht bereits berücksichtigt wurden, und diese an den Commonwealth zurückzuzahlen. Das heißt, ich erkläre mich bereit, alle Gelder zurückzuzahlen, die ich vom Täter, einer anderen Person oder Quelle erhalte und die mich für die von mir erlittene Verletzung entschädigen, einschließlich etwaiger Schmerzensgelder. Ich erkläre mich ferner damit einverstanden, dass ich dem Programm alle vom Programm gezahlten Beträge zurückzahle, wenn zu irgendeinem Zeitpunkt festgestellt wird, dass der Antrag irrtümlich, falsch oder betrügerisch ist.

X _____
Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers Datum

HIPAA-Ermächtigung & Freigabevereinbarung

Diese Ermächtigung muss unterschrieben werden, bevor die Prüfung des Anspruchs beginnen kann.

Hiermit ermächtige ich in Übereinstimmung mit den Datenschutzbestimmungen des HIPAA (HIPAA-Gesetz, 42 U.S.C. § 1320d, et seq.) jedes Krankenhaus, jeden Arzt, Gesundheitsdienstleister oder jede andere Person, die..... (Name des Opfers drucken) besucht, untersucht oder behandelt hat, dem Opferhilfe-Büro, dem Programm für die Entschädigung von Opfern alle in ihrem Besitz befindlichen Angaben über die Straftat, die diesem Antrag zugrunde liegt, zur Verfügung zu stellen. Kopien dieser Ermächtigung können anstelle des Originals verwendet werden.

**Mir ist bekannt, dass ich diese Ermächtigung jederzeit widerrufen kann, indem ich dem Opferhilfe-Büro, dem Programm für die Entschädigung von Opfern, einen schriftlichen, datierten Antrag vorlege. Außerdem erlischt diese Ermächtigung 5 Jahre nach dem Datum meiner Unterschrift oder an dem Tag, an dem der Antrag abgeschlossen wird, je nachdem, welcher Zeitpunkt früher liegt.

X _____
Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers Datum

Das Programm für die Entschädigung von Opfern (VCAP)
Postfach 1167
Harrisburg PA 17108-1167

(800) 233-2339 oder (717) 783-5153
FAX (717) 787-4306
E-Mail: ra-davesupport@pa.gov