

- Вы не одиноки... Быть жертвой преступления может быть очень тяжело. Возможно, Вы не можете на чем-то сосредоточиться или что-то вспомнить, и это нормально для человека, ставшего жертвой преступления.
- Существуют адвокаты, представляющие интересы потерпевших, которые могут оказать Вам бесплатные услуги. Они готовы ответить на Ваши вопросы и проконсультировать Вас.
  - Чтобы найти организацию в Вашем округе, перейдите на веб-сайт [www.pcv.pccd.pa.gov](http://www.pcv.pccd.pa.gov) или отсканируйте QR-код, указанный ниже, и выберите раздел «Найти помощь в Вашем округе».
- У Вас, как у жертвы преступления, есть определенные права. Перейдите на веб-сайт [www.pcv.pccd.pa.gov](http://www.pcv.pccd.pa.gov) или отсканируйте QR-код, указанный ниже, и Вы увидите, какими правами Вы обладаете на протяжении всего уголовного судопроизводства, включая информацию о том, как реализовать дополнительные права, если кто-то арестован и/или осужден, а также узнаете, как получить доступ к быстрой помощи, такой как судебный приказ о предоставлении убежища и охранный судебный приказ, финансовая помощь и консультации.
- Если Вы стали потерпевшим от насилия в семье, то Вы имеете право обратиться в суд и подать ходатайство с просьбой о вынесении судебного приказа о защите от домашнего насилия в соответствии с Законом о защите от жестокого обращения (23 Pa.C.S. Ch. 61), который может включать следующее:
  - Судебный приказ, запрещающий лицу, применившему насилие, совершать дальнейшие акты насилия; Судебный приказ, предписывающий лицу, применившему насилие, покинуть Ваше жилище; Судебный приказ, запрещающий лицу, применившему насилие, появляться в Вашем жилище, школе, на территории ведения бизнеса или на месте работы; Судебный приказ о предоставлении Вам или другому родителю временной опеки или временного посещения Вашего ребенка или детей; Судебный приказ, предписывающий лицу, применившему насилие, выплачивать алименты Вам и несовершеннолетним детям, если в силу обязанности, установленной законом, лицо, применившее насилие, обязано делать это.

- Если Вы стали потерпевшим от сексуального насилия или запугивания, то Вы имеете право обратиться в суд и подать ходатайство с просьбой о вынесении Судебного приказа о защите от сексуального насилия (SVPO) в соответствии с Законом о защите потерпевших от сексуального насилия или запугивания (42 Pa.C.S. Ch. 62A).

**Вход на сайт для жертв преступлений на территории штата Пенсильвания**



**Подать заявление на получение компенсации**



**Приложение для жертв преступлений на территории штата Пенсильвания в Google Play**



**Приложение для жертв преступлений на территории штата Пенсильвания в Apple**



**Если у вас нет доступа в Интернет, СМОТРИТЕ НИЖЕ ВАЖНУЮ КОНТАКТНУЮ ИНФОРМАЦИЮ**

## Важная контактная информация в Вашем районе - Centre County

|   |              |
|---|--------------|
| <b>Жертвы домашнего насилия</b>   |              |
| Centre Safe   | 814-238-7066 |
| <b>Потерпевшие от сексуального насилия</b>  |              |
| Centre Safe   | 814-238-7066 |
| <b>Дети, потерпевшие от жестокого обращения</b>   |              |
| Centre County Victim Witness Office   | 814-548-1107 |
| Children's Advocacy Center of Centre County   | 814-234-6118 |
| <b>Пожилые люди, потерпевшие от жестокого обращения<br/>(круглосуточная горячая линия по вопросам жестокого<br/>обращения с пожилыми людьми 800-490-8505)</b> |              |
| Centre County Victim Witness Office   | 814-548-1107 |
| <b>Жертвы насильственных преступлений (включая убийство)</b>  |              |
| Centre County Victim Witness Office   | 814-548-1107 |
| <b>Потерпевшие от преступлений, связанных с торговлей<br/>людьми</b>  |              |
| Centre County Victim Witness Office   | 814-548-1107 |
| <b>Окружной офис приема потерпевших/свидетелей</b>  |              |
| Centre County Victim Witness Office   | 814-548-1107 |

## **КОНТАКТЫ НА ВСЕЙ ТЕРРИТОРИИ ШТАТА**

### **Программа конфиденциальности адресов**

Офис адвоката, представляющего интересы потерпевших на территории штата Пенсильвания - 800-563-6399 или веб-сайт [www.ova.pa.gov](http://www.ova.pa.gov)

### **Уведомление об освобождении правонарушителя**

Система уведомления потерпевших на всей территории штата Пенсильвания (PA-SAVIN) – 866-972-7284 или веб-сайт [www.pcv.pccd.pa.gov](http://www.pcv.pccd.pa.gov)

### **Финансовая помощь**

Программа помощи потерпевшим в получении компенсации - 800-233-2339 или веб-сайт [www.dave.pa.gov](http://www.dave.pa.gov)

**Линия по вопросам, касающимся детей-потерпевших**  
Департамент социального обеспечения штата Пенсильвания – 800-932-0313  
или веб-сайт [www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx](http://www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx)



**pennsylvania**

VICTIMS COMPENSATION  
ASSISTANCE PROGRAM

Отдел помощи жертвам преступлений

Почтовый адрес:  
P.O. Box 1167  
Harrisburg, PA 17108-1167

Адрес:  
3101 North Front Street  
Harrisburg, PA 17110

Тел., факс, эл. адрес:  
(800) 233-2339  
(717) 783-5153  
(717) 787-4306 (FAX)  
ra@davesupport@pa.gov

Веб-сайт: [www.pcv.pccd.pa.gov](http://www.pcv.pccd.pa.gov)

Вы можете подать заполненную форму в почтовом отправлении или онлайн по адресу <https://www.dave.pa.gov>

### Короткая форма Программы выплат компенсаций жертвам преступлений

*Перед заполнением ознакомьтесь с нижеприведенной информацией.*

Компенсация может выплачиваться в случае, если:

- Преступление произошло на территории штата Пенсильвания.
- Заявление о преступлении было подано в соответствующие органы в течение 3 дней после его совершения ИЛИ в течение 3 дней после совершения преступления был выдан Судебный охранный ордер (действуют исключения).
- Вы сотрудничаете с правоохранительными органами, занимающимися расследованием преступления, судом и сотрудниками Программы выплат компенсаций жертвам преступлений (действуют исключения).
- Заявление было подано в течение 2 лет после совершения преступления (исключениями являются преступления против несовершеннолетних).
- Вы оплатили или имеете задолженность в сумме не менее 100 долларов США по перечисленным ниже расходам. Для лиц в возрасте 60 лет и старше отсутствует минимально необходимая сумма понесенных расходов.

Вам может быть присуждена денежная компенсация за:

Медицинские расходы  
Расходы на услуги адвоката

Расходы в связи с потерей источника дохода  
Расходы в связи с потерей материальной поддержки

Расходы на переезд  
Расходы на похороны

Расходы на уборку места преступления

Транспортные расходы

Расходы по уходу за ребенком

Расходы на медицинское обслуживание на дому

Украденные наличные средства (если ваш основной источник дохода: социальное пособие, пособие по инвалидности, дополнительное пособие по поддержке дохода, пособие в связи с потерей кормильца, пенсия, пенсия по инвалидности, алименты на содержание детей/супруга (-и), начисляемые по решению суда

Общий размер компенсации не может превышать сумму 35 000 долларов США; в отдельных случаях, определенные расходы, в том числе расходы на услуги адвоката и уборку места преступления, могут быть компенсированы сверх установленного лимита. Для большинства компенсаций установлены финансовые ограничения.

Программа не покрывает убытки, понесенные в связи с:

- Болью и страданиями.
- Кражей или порчей имущества (за исключением замены украденного или поврежденного медицинского оборудования).

Заявление может быть признан несоответствующим требованиям Программы/сумма компенсации может быть уменьшена, если причиной травмирующей ситуации являлось поведение потерпевшего(-ей).

**(800) 233-2339 ПОМОЩЬ ЖЕРТВАМ ПРЕСТУПЛЕНИЙ В ШТАТЕ ПЕНСИЛЬВАНИЯ [www.pcv.pccd.pa.gov](http://www.pcv.pccd.pa.gov)**

## Короткая форма Программы выплат компенсаций жертвам преступлений

Оказание содействия сотрудникам Программы и предоставление полной и точной информации будет способствовать своевременному рассмотрению вашего заявления.

**ВАЖНО:** Чтобы подать заявление, вам не нужно ждать окончания судебного разбирательства или получения всех счетов. Вы вправе подать заявление, даже если преступник не известен или если арест не был произведен.

### Общие инструкции по подаче заявления:

- Распечатайте четкую копию формы.
- Заполните лишь те разделы, которые имеют отношение к вашему заявлению.
- Укажите точный почтовый адрес, действительный номер телефона/адрес электронной почты, по которым можно с вами связаться в течение дня.
- При подаче заявления предоставьте как можно больше запрашиваемых документов. Вы вправе подать заявление, даже если у вас на руках нет всех необходимых документов. Сотрудник Программы может запросить дополнительную информацию после получения заявления.
- Подпишите разделы «Договор о согласии сторон и возмещении расходов», а также «Разрешение на получение информации» на обороте формы.
- Если вам необходима помощь при подаче заявления, обратитесь в отделение Программы помощи жертвам преступлений (контактные данные указаны на обороте формы). При отсутствии каких-либо контактных данных, обратитесь на «горячую» линию Программы выплат компенсаций жертвам преступлений по номеру: (800) 233-2339.

**Внимание:** обязательно уведомите сотрудников Программы в случае смены вашего почтового адреса, номера телефона или адреса электронной почты. Для обработки вашего заявления мы должны иметь возможность в любое время связаться с вами.

Программа выплат компенсаций жертвам преступлений является плательщиком в последней инстанции. Это означает, что компенсация жертвам преступления может быть уменьшена на сумму выплат, полученных ими из любого другого источника в связи с преступлением (страховки, реституции, компенсации по урегулированию гражданских исков, в том числе компенсации убытков, понесенных в связи с болью и страданиями).

*Мы приложим все усилия для рассмотрения вашего заявления в кратчайшие сроки.*

Отрежьте по линии и сохраните эту часть документа. \$ .....

**Короткая форма Программы выплат компенсации жертвам преступлений**

Заявление № \_\_\_\_\_

**Информация о жертве**

ФИО \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ № соц. страх. \_\_\_\_\_  
 Адрес \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_  
 Округ \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_ Эл. адрес \_\_\_\_\_

**Информация о заявителе** Если жертва не является заявителем, отметьте здесь:  Заявитель должен быть старше 18 лет .

ФИО \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ № соц. страх. \_\_\_\_\_  
 Адрес \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_  
 Округ \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_ Эл. адрес \_\_\_\_\_  
 Отношения с жертвой \_\_\_\_\_

**Информация о преступлении**

Дата преступления \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Дата подачи заявления в полицию или выдачи ордера PFA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Преступление произошло на рабочем месте?  Да  Нет  
 Являлось ли причиной травмы столкновение с автомобилем?  Да  Нет  
 Место совершения преступления (улица, № дома) \_\_\_\_\_  
 Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Округ \_\_\_\_\_  
 Полицейский участок \_\_\_\_\_ Номер в реестре преступлений \_\_\_\_\_  
 Лицо(-а), совершившее(-ие) преступление \_\_\_\_\_  
 Краткое описание преступления и полученных травм: \_\_\_\_\_

**Заполните раздел(-ы), касающийся(-еся) компенсаций, на которые вы претендуете, и предоставьте как можно больше имеющихся у вас документов. Сотрудник Программы может запросить дополнительную информацию после получения заявления.**

**Компенсации: Медицинские расходы/расходы на услуги адвокатов**

Вы понесли медицинские расходы?  Да  Нет Вы понесли расходы на услуги адвоката?  Да  Нет  
 У вас имеется страховка на покрытие медицинских расходов/расходов на услуги адвоката?  Да  Нет  
*Предоставьте детализированные счета за медицинские услуги/услуги адвоката, а также квитанции о страховых выплатах (при наличии).*

**Компенсации: Расходы на похороны/расходы в связи с потерей материальной поддержки**

Вы понесли расходы на похороны?  Да  Нет  
 Вы получили какую-либо материальную компенсацию в связи со смертью? (страховка, социальные выплаты в связи со смертью)  Да  Нет  
 Являлись ли вы/другие члены домохозяйства иждивенцами усопшего(-ей)?  Да  Нет  
*Предоставьте детализированные счета/квитанции за похоронные расходы и квитанции о начислении любых пособий.*

**Компенсации: Расходы в связи с потерей источника дохода**

Дата увольнения \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Наименование и адрес работодателя: \_\_\_\_\_  
 Имя/адрес врача, который может подтвердить, что вы лишились работы из-за преступления \_\_\_\_\_

**Компенсация: Кража наличных средств**

Украденная сумма денег? \$ \_\_\_\_\_  
 Компенсация предоставляется в случае, если вашим основным средством существования является источник, указанный ниже (отметьте все, что применимо):  
 Социальное пособие  Пенсия  Пенсия по инвалидности  Алименты на содержание детей/супруга (-и), начисляемые по решению суда  
 Имеется ли у вас страховка домовладельца/арендатора?  Да  Нет Обязаны ли вы подавать налоговые декларации в IRS?  Да  Нет  
*Предоставьте выписку о начислении ежемесячного пособия за месяц/год совершения преступления, страницу страховой декларации и последнюю поданную налоговую декларацию (если применимо).*

**Компенсация: Расходы на проезд/ Расходы на уборку места преступления / Транспортные расходы**

Вынуждены ли вы были пересечь в связи с преступлением?  
 Да  Нет  
 Понесли ли вы расходы в связи с уборкой места преступления  
 Да  Нет  
 Понесли ли вы транспортные расходы?  
 Да  Нет

**Информация о представлении ваших интересов другими лицами**

Представляет ли ваши интересы адвокат при: Подаче данного заявления?  Да  Нет  
 В гражданском процессе?  Да  Нет Подаче страхового иска?  Да  Нет

**Информация о Программе помощи жертвам преступлений**

Если вам необходима помощь при подаче заявления, обратитесь в агентство по указанному здесь номеру телефона. При отсутствии каких-либо контактных данных в данном разделе, обратитесь на «горячую» линию: 800-233-2339

**Договор о согласии сторон и возмещении расходов  
и  
Разрешение на предоставление информации**

**Для обработки заявления и последующей выплаты компенсации необходимо подписать «Договор о согласии сторон и возмещении расходов» и «Разрешение на предоставление информации».**

**Договор о согласии сторон и возмещении расходов:** Я осознаю, что решение об утверждении моего заявления принимают уполномоченные сотрудники Программы. Я вправе письменно опротестовать вынесенное решение, как полностью, так и частично, в течение 30 дней с даты его утверждения. Чтобы мое заявление могло быть рассмотрено на предмет предоставления мне компенсации из Фонда компенсации жертвам преступлений, я обязан(-а) указать точную сумму понесенных убытков. В дальнейшем я могу подать заявление на возмещение любых дополнительных расходов, понесенных мною в связи с совершенным преступлением. Я понимаю, что мое заявление может быть отклонено в случае, если я откажусь полноценно сотрудничать с правоохранительными органами, судом и сотрудниками Программы; а также, если я не предоставлю свой действительный адрес и контактные данные (не уведомлю об их изменении). Я осознаю, что подача заявления на основании ложных сведений является уголовным правонарушением и карается в соответствии с Разделом 18 P.S. § 11.1303 «Закона о жертвах преступлений». Предоставление ложных сведений с целью ввести в заблуждение сотрудников Программы является уголовным правонарушением и карается в соответствии с Разделом 18 Pa. C.S. § 4904 «Дача неправдивых показаний». Предоставление ложных сведений, на которые сотрудники программы будут полагаться при вынесении решения о присуждении компенсации, является уголовным правонарушением и карается в соответствии с Разделом 18 Pa.C.S. § 3922 «Хищение путем обмана».

Я понимаю, что Фонд выплат компенсаций жертвам преступлений является плательщиком в последней инстанции. Я обязуюсь предоставить сотрудникам Программы сведения о любых компенсациях в связи с преступлением, полученных мною из других источников, и возместить Штату любые средства, на которые я не имел(-а) права, в размере присужденной мне компенсации. Это означает, что я согласен(-а) вернуть все средства, полученные мною от преступника или от любого другого лица/из другого источника, являющиеся компенсацией в счет понесенного мною ущерба, включая страховые выплаты, а также любые компенсации по урегулированию гражданских исков, которые были получены мною в связи с совершенным преступлением, являющимся предметом заявления. В случае, если в любой момент времени будет установлено, что поданное заявление является ошибочным, ложным или результатом мошеннических действий, я обязуюсь вернуть сотрудникам Программы все выплаченные мне суммы.

**Разрешение на предоставление информации:** Настоящим я даю разрешение директорам похоронных бюро/иных лиц, оказывающих соответствующие услуги, работодателям жертвы/истца, сотрудникам полиции и любых госучреждений, в том числе федеральных налоговых органов и налоговых служб штата, страховых компаний и прочих организаций, предоставлять Отделу помощи жертвам преступлений и сотрудникам Программы выплат компенсации жертвам преступления, все имеющиеся в их распоряжении сведения о преступлении, являющимся предметом настоящего заявления.

Подпись заявителя \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

**Соглашение HIPAA о раскрытии информации**

**Для обработки заявления и последующей выплаты компенсации медицинских расходов/расходов на услуги адвоката, необходимо подписать настоящий раздел.**

Настоящим я, в соответствии с положениями о конфиденциальности Закона об унификации и учете в области медицинского страхования (Health Insurance Portability and. Accountability Act, HIPAA, 42 U.S.C. § 1320d и последующие), даю разрешение любым медучреждениям, врачам, поставщикам медуслуг и другим лицам, которые присутствовали, проводили осмотр или назначали лечение \_\_\_\_\_ (имя жертвы преступления печатными буквами), предоставлять Отделу помощи жертвам преступлений и сотрудникам Программы выплат компенсации жертвам преступления, все имеющиеся в их распоряжении сведения о преступлении, являющимся предметом настоящего заявления. Копии данного разрешения имеют юридическую силу оригинала. \*\*Я понимаю, что в любое время могу отозвать данное разрешение, направив в Отдел помощи жертвам преступлений (Программа выплат компенсации жертвам преступления) соответствующий письменный запрос с проставленной датой. Срок действия разрешения истекает через 5 лет с даты подписания или в дату закрытия дела по настоящему заявлению, в зависимости от того, что наступит раньше.

Подпись заявителя \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

**Статистическая информация о жертвах преступлений**

**Настоящий раздел заполняется по желанию. Предоставленная информация используется в статистических целях.**

Раса/Этническая принадлежность:  Белый  Черный/Афроамериканец  Испанец/Латинос  
 Американский индеец/коренной житель Аляски  Азиат  Коренной житель острова Гавайи/других островов в Тихом океане  
 Другое  Смешанная раса

Подл. Основной язык общения: \_\_\_\_\_

Как вы узнали о программе:  Медучреждение  Офис прокурора  Брошюра  Полицейский участок

Веб-сайт/приложение  Программа помощи жертвам преступлений  Другое \_\_\_\_\_

**Почтовый адрес**

PO Box 1167  
Harrisburg, PA 17108-1167

**Адрес**

3101 North Front Street  
Harrisburg, PA 17110

**Телефон и факс**

800-233-2339  
717-783-5153  
717-787-4306 (FAX)

**Email**

[ra-davesupport@pa.gov](mailto:ra-davesupport@pa.gov)

**Веб-сайт:**

[www.pcv.pccd.pa.gov](http://www.pcv.pccd.pa.gov)

Подача онлайн <https://www.dave.pa.gov>