



CRIME VICTIM COMPENSATION COMMISSION

1164 Bishop Street, Suite 1530, Honolulu, Hawai'i 96813

电话: (808) 587-1143 | 传真: (808) 587-1146

电子邮箱: cvcc@hawaii.gov

申请表 大规模暴力事件

APPLICATION MASS VIOLENCE INCIDENT

For Commission Use

Case No. _____

Date Filed _____

Staff _____

受害者信息

受害者姓名 _____
名 中间名 姓

性别 男 女

邮寄地址 _____
街道 城市 州 邮编

生日 _____

社会保障号 XXX-XX- _____

电话 _____ | _____ | _____
家庭 手机 工作

首选语言

口头 _____

书面 _____

电子邮箱 _____

民族: 此信息为自愿填写, 仅用于符合联邦报告条例的统计目的。

| | | | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 非裔美国人 | <input type="checkbox"/> 中国人 | <input type="checkbox"/> 菲律宾人 | <input type="checkbox"/> 夏威夷人 | <input type="checkbox"/> 拉美裔美国人 | <input type="checkbox"/> 日本人 | <input type="checkbox"/> 韩国人 |
| <input type="checkbox"/> 印第安人 | <input type="checkbox"/> 葡萄牙人 | <input type="checkbox"/> 波多黎各人 | <input type="checkbox"/> 萨摩亚人 | <input type="checkbox"/> 白种人 | <input type="checkbox"/> 多元族裔人 | <input type="checkbox"/> 其他 |

申请人信息

如果您正在为已故受害者、未成年受害者或残疾家属受害者申请, 请填写以下信息。如果受害者即为申请人, 请填写“相同”。

申请人姓名 _____
名 中间名 姓

受害人是否残疾?

是 拒绝说明

邮寄地址 _____
街道 城市 州 邮编

您与受害者的关系

父母 配偶 子女

电话 _____ | _____ | _____
家庭 手机 工作

其他: _____

电子邮箱 _____

首选语言

口头 _____

书面 _____

补偿金信息

犯罪受害者补偿委员会为暴力犯罪的受害者提供帮助，针对犯罪导致的相关伤害和损失进行补偿。因暴力犯罪而遭受精神或身体伤害的受害者可能有资格获得补偿，用于支付医疗保险等其他来源没有承担的费用。在大规模暴力事件中，委员会还会向死者家属、目击者，以及在现场工作或接受教育的个人提供心理健康服务费用的补偿。补偿效益受法律限制。对大规模暴力事件作出反应的公共机构或私营机构的成员不享受该帮助。

在事件中受伤的犯罪受害者可享受以下补助金。

- 最高1万美元的医疗费用、心理健康服务费用和工资损失补偿
- 最高2万美元仅用于灾难性医疗的费用

➤ 请核对您申请补偿的类别：

- 医疗 牙科 心理健康咨询
 工资损失 其他： _____

已故受害者可享受以下补助金。

- 最高1万美元的丧葬费用、家庭成员的心理健康服务费用，以及死者家属经济支持的损失
- 葬礼费用上限为4000美元

➤ 请核对您申请补偿的类别：

- 丧葬费 死者家属的赡养费用损失
 死者的医疗费用 为幸存的家庭成员提供心理健康咨询

适用于在大规模暴力事件现场工作或接受教育的目击者和个人。

- 仅提供心理健康咨询服务

保险信息

补偿金只适用于其他来源（如保险）没有承担的费用。

您有什么类型的保险？

- 医疗 旅游 丧葬 其他： _____ 没有保险

认证和签名

兹证明本人已阅读此申请表，并已提供本人所知真实且准确的资料。本人知晓法律对虚假陈述惩罚的规定。如本人收到民事诉讼、赔偿或保险费的资金，本人将偿还补偿金。

申请人签名 _____

日期 _____

申请表必须有亲笔签名。如通过传真或电子邮件递交申请，请将申请表原件邮寄至：

1164 Bishop Street, Suite 1530, Honolulu, HI 96813。如欲了解犯罪受害者的更多信息及附加资源，请访问：

<http://dps.hawaii.gov/cvcc/mvi>