



CRIME VICTIM COMPENSATION COMMISSION

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

전화: (808) 587-1143 | 팩스: (808) 587-1146

이메일: [cvcc@hawaii.gov](mailto:cvcc@hawaii.gov)

신청

집단 폭력 사건

APPLICATION  
MASS VIOLENCE INCIDENT

For Commission Use	
Case No.	_____
Date Filed	_____
Staff	_____

피해자 정보

피해자의 이름 \_\_\_\_\_

성별  남  여

이름 가운데 이름 성

생년월일 \_\_\_\_\_

우편물 배송

주소 \_\_\_\_\_

사회 보장 번호 XXX-XX- \_\_\_\_\_

도로 시 주 우편번호

전화 \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

기본 언어

자택 휴대폰 직장

음성 언어 \_\_\_\_\_

문자 언어 \_\_\_\_\_

이메일 \_\_\_\_\_

인중: 이 정보는 자발적 의사에 따라 제공되었으며 통계 목적으로만 사용될 것이며 연방 보고 규정을 준수합니다.

<input type="checkbox"/> 아프리카계 미국인	<input type="checkbox"/> 중국인	<input type="checkbox"/> 필리핀인	<input type="checkbox"/> 하와이인	<input type="checkbox"/> 라틴 아메리카계	<input type="checkbox"/> 일본인	<input type="checkbox"/> 한국인
<input type="checkbox"/> 북미 원주민	<input type="checkbox"/> 포르투갈인	<input type="checkbox"/> 푸에르토리코인	<input type="checkbox"/> 사모아인	<input type="checkbox"/> 백인	<input type="checkbox"/> 혼혈	<input type="checkbox"/> 기타

신청인 정보

고인이 된 피해자, 미성년자, 또는 장애가 있는 부양가족의 자격을 신청하시려면 아래 양식을 작성하십시오.

피해자가 곧 신청인이라면 "동일인"이라고 적으십시오.

신청인의 이름 \_\_\_\_\_

피해자에게 장애가 있습니까?

이름 가운데 이름 성

예  답변 거부

우편물 배송

주소 \_\_\_\_\_

피해자와의 관계

도로 시 주 우편번호

부모  배우자  자녀

전화 \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

기타: \_\_\_\_\_

자택 휴대폰 직장

기본 언어

이메일 \_\_\_\_\_

음성 언어 \_\_\_\_\_

문자 언어 \_\_\_\_\_

## 보상에 대한 정보

**범죄 피해자 보상 위원회**는 범죄와 관련된 상해와 손실에 대한 보상을 제공함으로써 폭력 범죄 피해자를 지원합니다. 폭력 범죄로 인해 감정적 또는 신체적 상해를 입은 피해자는 의료 보험과 같은 다른 기금 자원으로는 충당할 수 없는 비용을 보전 받을 자격을 가질 수 있습니다. 위원회는 집단 폭력 사건으로 고인이 된 피해자, 목격자, 및 현장에서 근무 중이거나 수련 중이던 개인의 가족이 받은 정신 건강 서비스의 비용을 보전해 줄 수 있습니다. 보상 수당액은 법으로 제한됩니다. 집단 폭력 사건에 대응하는 공공 또는 민간 기관들의 구성원들은 이 혜택을 이용할 수 없습니다.

집단 폭력 사건으로 상해를 입은 범죄 피해자에게 다음과 같은 보조금 혜택이 제공됩니다.

- 의료비, 정신 건강 서비스 비용, 임금 손실을 전부 합해서 최대 \$10,000
  - 재난으로 인한 의료 비용에 한해서 최대 \$20,000
- 귀하께서 신청하려는 보상의 종류에 체크 표시를 하십시오.
- 의료             치과             정신 건강 상담
- 임금 손실     기타: \_\_\_\_\_

고인이 된 피해자에게 다음과 같은 보조금 혜택이 제공됩니다.

- 장례비, 가족의 정신 건강 서비스 비용, 부양가족의 재정 지원 손실액을 전부 합해서 최대 \$10,000
  - 장례 비용은 \$4,000로 제한됩니다
- 귀하께서 신청하려는 보상의 종류에 체크 표시를 하십시오.
- 장례 비용     고인이 된 피해자의 부양가족에 대한 재정 지원 손실액
- 고인에 대한 의료 비용     생존한 가족에 대한 정신 건강 상담 비용

목격자와 집단 폭력 사건 현장에서 근무 중이거나 수련 중이던 개인의 경우.

- 정신 건강 상담만 해당

## 보험 정보

보상 수당은 보험과 같은 다른 기금 자원으로는 충당할 수 없는 비용을 보상해주는 목적으로만 사용할 수 있습니다.

어떤 종류의 보험에 가입하셨습니까?

- 의료             여행             장례             기타: \_\_\_\_\_     가입한 보험 없음

## 증명 및 서명

나는 이 신청서를 읽었고 내가 아는 한 진실하고 정확한 정보를 제공하였음을 증명합니다. 나는 거짓 진술을 하면 법에 따라 벌금형에 처해진다는 것을 알고 있습니다. 나는 민사 소송, 배상, 또는 보험 지급으로 돈을 받으면 위원회에게 상환하겠습니다.

신청인의 서명 \_\_\_\_\_

날짜 \_\_\_\_\_

신청서에 신청인 본인이 직접 서명해야 합니다. 팩스나 이메일로 신청을 하실 경우, 신청서 원본을 다음 주소로 보내 주십시오.  
1164 Bishop Street, Suite 1530, Honolulu, HI 96813. 범죄 피해자가 이용할 수 있는 추가 자원과 상세한 정보를 원하시면  
다음으로 이동하십시오. <http://dps.hawaii.gov/cvcc/mvi>