

犯罪受害人补偿委员会

犯罪受害人补偿委员会成立于1967年7月1日，并受《夏威夷修正法》第351章的管制。委员会在犯罪相关的费用方面向受害人提供帮助。资金来源包括对罪犯的收费、囚犯工资、联邦拨款资金和返还赔偿款项。

谁能获得帮助？

如果您涉入发生在夏威夷管辖区并在涵盖范围之内*的犯罪，并且您是：

- 受伤的受害人
- 受害人的赡养人，并因受害人死亡或受伤而遭受金钱损失
- 在大规模伤亡现场从事商业或教育活动的人（仅限精神健康咨询费用）
- 死亡受害人的亲属，并因受害人的死亡或受伤而招致医疗或殡仪费用
- 死亡受害人的受抚养人
- 身为国际恐怖主义行为的受害者的夏威夷居民

* 涵盖范围之内

- 谋杀
- 非预谋杀杀人
- 一级和二级过失杀人
- 一级和二级过失致伤
- 一级到三级人身侵犯
- 一级到四级性侵犯
- 绑架
- 虐待家庭成员
- 国际恐怖主义

如果我符合条件，那可得到什么福利？

您可能会就以下方面收到补偿：

- 其他来源没有涵盖的医疗和精神健康咨询费用。
- 其他来源没有涵盖的收入或保障损失。
- 其他来源没有涵盖的殡葬费用。
- 仅提供给受害人的认知奖励。认知奖励本质上是种象征性的奖励，是为了认知受害者所遭遇的苦难，而不是为了补偿这种苦难。这类奖励的目的并不是为了对因犯罪而导致的身体/情感损失进行量化，奖励是基于犯罪的事实和情况以及刑事犯罪的严重程度。最高的认知奖励为400美元，并视资金情况在任何时候都可能变动。
- 因受害人受伤或死亡而直接导致的金钱损失。
- 财产损失（仅限“行善者”）。

对遗失财物、电话费、复印费、餐费、停车费、滞纳金或申请费不予补偿。

委员会是最后诉诸的付款人。只有在耗尽所有其他来源后，委员会才可能支付补偿。款项可因从劳工补偿、机动车辆保险、民事诉讼、暂时残疾保险或者罪犯赔偿中接收金额而减少。您必须及时向劳工补偿、机动车辆保险、暂时残疾保险以及您的医疗保险公司提出索赔。如果您从这些来源获得金钱，您必须偿还委员会。

如何申请？

- 您必须向执法人员（警察、海军调查处、宪兵或联邦调查局）报告罪行并不得无故拖延。
- 您必须在罪行案发日期后18个月内向委员会提出申请。迟交的申请在出示充分理由的情况下将获接纳。

您负责……

1. 完整填写并提交：
 - 已签名的《申请表》（表格一）。
 - 针对每个治疗提供者的已签名的《披露医疗/精神健康治疗信息的授权表》（表格二）。
 - 证实您索赔的材料（账单、收据、保险结单和医疗记录）。
2. 如果您对损失的工资进行索赔：
 - 完整填写及签署《披露就业信息的授权表》并递交给雇主（表格三）。
 - 向委员会提交您对损失的工资进行的索赔的证明材料（工资单、如是自雇人士则是所得税报税表、以及医疗残疾证明书）。
3. 如果您在机动车辆中受到侵犯或由于机动车辆碰撞而导致受伤：
 - 请联系您的无过失保险公司并要求他们为您支付与犯罪相关的费用。

委员会流程：

- 委员会将设法获得执法报告。这可能会耗时长达两个月。
- 您会收到判予补偿或否决申请的书面决定和法庭令。

如需更多帮助，请联系以下机构：

夏威夷州公共安全全部犯罪受害人补偿委员会 Department of Public Safety, State of Hawai'i Crime Victim Compensation Commission (CVCC)

1164 Bishop Street, Suite 1530

Honolulu, Hawai'i 96813

电话：(808) 587-1143

传真：(808) 587-1146

网页：<http://dps.hawaii.gov/cvcc>

邻岛免费电话：

- 夏威夷县 974-4000, x71143
- 可爱县 274-3141, x71143
- 茂宜县 984-2400, x71143
- 摩洛凯县/拉奈县 1-800-468-4644, x71143

檀香山市县检察官部门受害人证人援助服务

City & County of Honolulu

Department of the Prosecuting Attorney

Victim Witness Koku Services

1060 Richards Street, 9th Floor

Honolulu, Hawai'i 96813

电话：(808) 768-7401

传真：(808) 768-6417

免费电话：1-800-531-5538

听力受损：(808) 768-7404

Mothers Against Drunk Driving (MADD)

745 Fort Street Mall, Suite 303

Honolulu, Hawai'i 96813

电话：(808) 532-6232

传真：(808) 532-6004

邻岛免费电话：1-800-578-6233

网页：<http://madd.org/hi>

电子邮件：hi.state@madd.org

夏威夷县

检察官办公室受害人证人援助计划

County of Hawai'i

Office of the Prosecuting Attorney

Victim Witness Assistance Program

655 Kilauea Avenue

Hilo, Hawai'i 96720

电话：(808) 934-3306

传真：(808) 934-3517

夏威夷大岛西部 West Hawai'i

81-980 Haleki'i Street, Suite 150

Kealahou, Hawai'i 96750

电话：(808) 322-2552

传真：(808) 322-6584

可爱县检察官办公室受害人证人计划

County of Kaua'i

Office of the Prosecuting Attorney

Victim Witness Program

3990 Ka'ana Street, Suite 210

Līhu'e, Hawai'i 96766

电话：(808) 241-1888

传真：(808) 241-1758

茂宜县检察官部门受害人证人援助科

County of Maui

Department of the Prosecuting Attorney

Victim Witness Assistance Division

150 South High Street

Wailuku, Hawai'i 96793

电话：(808) 270-7695

传真：(808) 270-6188

受害人就业信息 仅在损失的工资进行索赔的情况下填写

受伤是否发生在工作场所? 是 否 您是否因为受伤而导致工作缺勤? 是 否

缺勤时间: 从 _____ 至 _____
月 日 年 月 日 年

雇主姓名/名称: _____ 电话号码: _____

邮寄地址: _____
街道 城市 州 邮政编码

工作头衔: _____ 工资: _____

保险/法律信息

请标明支付全部或部分费用的所有可能来源:

- 医疗保险 机动车辆保险 业主保险 社会安全残疾
 福利 联邦医疗保险 (Medicare) 医疗补助 (Medicaid) 暂时残疾
 劳工补偿 其他 (请说明) _____

您是否已经或打算提出民事诉讼? 是 否

> 如果是, 请完成以下部分:

律师姓名 _____ 电话号码 _____

邮寄地址 _____
街道 城市 州 邮政编码

您是如何获知委员会 请标明:

- 医院/医疗人员 性侵犯咨询师 警察 报纸 电视
 检方受害人证人 家暴咨询师 广播 其他 (请说明) _____

转介受害人证人的维权者姓名: _____

受害人认证及签名

兹证明本人已阅读该申请表, 并已提供尽本人所知的真实及正确的信息。我明白法律规定了对虚假陈述的惩罚。如果我收到来自于民事诉讼、赔偿或保险支付的金钱, 我将偿还委员会。

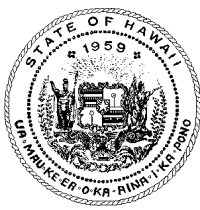
受害人签名 _____ 日期 _____ 申请人签名 _____ 日期 _____

政策声明: 公共安全部犯罪受害人补偿委员会的政策是任何人在提出补偿要求时, 不得以种族、肤色、宗教、性别、原国籍、年龄或残疾为由而被排除在外或受到歧视。

邮寄前请核查:

- 您是否已签署《申请表》?
- 您是否向我们提供了完整的邮寄地址和电话号码?
- 您是否已完整填写了警察报告号码、犯罪日期及犯罪类别的信息?
- 您是否已针对向您提供治疗的每位医疗提供者(医生、医院、诊所)都签署并提交了《医疗授权表》?
- 您是否已提交了所有的医疗账单、殡仪账单、保险结单和收据?
- 如果对损失的工资进行索赔, 您是否已签署了《雇主授权表》并递交给了您的雇主?
 - 您是否已提交事件发生之前两个工资发放期的工资单以及您的医疗伤残证明书?
 - 如果您是自雇人士, 您是否已提交了过去的两年的联邦和州报税表的复印件?
- 如果事故发生在机动车辆内, 您是否已联络了您的机动车辆保险公司?

JOSH GREEN, M.D.
GOVERNOR
KE KIA'ĀINA



STATE OF HAWAII - Ka MOKU'ĀINA 'O HAWAII
**CRIME VICTIM COMPENSATION
COMMISSION**

Ke Komikina Uku Luaahi Kalaima
1164 Bishop Street, Suite 1530
Honolulu, Hawaii 96813
Telephone: 808 587-1143
FAX 808 587-1146

MARI McCAIG BELLINGER
Chair

CLIFTON Y.S. CHOY
Commissioner

JO KAMAE BYRNE
Commissioner

PAMELA FERGUSON-BREY
Executive Director

表格二

本人, _____ (患者姓名) (____/____/____) (出生年月) 授权下列医院/医生披露受保护的医疗信息:

医院名称/医生姓名: _____

医院/医生地址: _____

处理向犯罪受害人补偿委员会提出的索赔时需要该信息。

犯罪受害人补偿委员会（委员会）要求提交所有受保护的医疗记录和报告（不需要x光片）以及一份费用明细清单，包括任何保险付款、医疗提供者调整和/或患者付款。

所需材料的时期: _____ 至今
(犯罪日期)

委员会还特别要求:

- 物质滥用治疗记录
- 精神健康治疗记录
- 性传播疾病，包括艾滋病和艾滋病毒

委员会免除以上列名的提供者以及其雇员、代理人和职员医师因透露上述信息而承担的任何性质的所有责任和所有索赔。该信息专用于委员会决定支付您的服务的资格，而不会再向第三者透露。

需要上述要求的记录以证实治疗和收费。委员会不会支付文件/复印费用。联邦公法103-322 (H.R. 3355) 第230202条规定委员会应被视为最后付款人，而不是第三方责任。因此，所有的保险索赔都应该相应地提交。如果保险公司拒绝索赔，请提交拒绝文件。

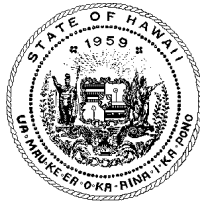
签署人的授权属自愿行为，并可在收到书面通知后随时撤销。此外，除了以下由联邦隐私法允许的情况之外：1) 研究相关的治疗，2) 专为第三方透露信息而提供的医疗保健，或3) 医疗计划初次登记/资格决定、承保或风险等级决定，服务提供方不可使用该表来设定治疗条件、付款、登记或福利资格。

患者姓名: _____ 与患者的关系: _____
(或法定监护人，如果患者为未成年人或丧失行为能力)

患者/法定监护人签名: _____ 日期: _____

法定授权以担任“指定的患者代表”: _____

作为永久记录获取的文件副本: 是 否



STATE OF HAWAII - Ka MOKU'ĀINA 'O HAWAII
CRIME VICTIM COMPENSATION COMMISSION
Ke Komikina Uku Luaahi Kalaima
1164 Bishop Street, Suite 1530
Honolulu, Hawaii 96813
Telephone: 808 587-1143

表格三

披露就业信息的授权

该部分应由**申请人**填写，并交给**雇主**完成。

本人，_____，【出生年月日：_____，社会安全号：_____】

(受害人名、中间名、姓)

授权本人雇主，

(雇主全名/全称和完整邮寄地址)

向犯罪受害人补偿委员会 (CVCC) 披露关于我因在_____ (日期) 发生的事件而缺勤的信息。

签名

日期

完整填写该表的上面部分，请将表格交给
您的雇主，雇主填完后再交回委员会。

该部分应由**雇主**填写，并交回**犯罪受害人补偿委员会**。

员工工作头衔：_____

员工从_____到_____缺勤，在_____返回工作。

据安排，员工应在以下时间工作（请说明在该期间员工的工作安排的日期）

在上述缺勤期间，员工**原可总共赚取** \$ _____

这是基于每小时\$ _____，每日_____小时，每周_____日。

员工是否收到以下任何福利？

(请注明总共收取的数额。如果**不符合资格**，请注明受拒原因。)

休假/病假 \$ _____ 接收时期/受拒原因： _____

带薪假日 \$ _____ 接收时期/受拒原因： _____

暂时残疾 \$ _____ 接收时期/受拒原因： _____

劳工补偿 \$ _____ 接收时期/受拒原因： _____

填表人：（请工整填写或打印）

（填表人姓名）

（填表人头衔）

签名 _____

电话号码 _____ 填毕日期 _____

Department of Public Safety
Crime Victim Compensation Commission
1164 Bishop Street, Suite 1530
Honolulu, Hawai'i 96813