

犯罪被害者補償委員会

犯罪被害者補償委員会は1967年7月1日に設立され、第351章「ハワイ改正法」に準拠しています。委員会は、犯罪関連費用で被害者を支援します。資金源には、犯罪者からの手数料、受刑者の賃金、連邦政府の助成金、および返済からの払い戻しが含まれます。

誰が助けを得ることができますか？

ハワイの司法管轄区で発生した対象犯罪* に関与していて、次の場合に支援を受けることができます。

- 負傷した被害者。
- 被害者の死亡または負傷のために金銭的損失を被った被害者の維持責任者。
- 大規模な死傷者の現場でビジネスまたは教育活動に従事している人（メンタルヘルスカウンセリング費用のみ）。
- 犠牲者の死亡または負傷の結果として医療費または葬儀費用を負った死亡した犠牲者の親 relative。
- 亡くなった犠牲者の扶養家族。
- 国際テロ行為の被害者であるハワイの居住者。

* 対象犯罪

- 殺人
- 過失致死罪
- ネグリジェント殺人IおよびII
- 過失損傷IおよびII
- アサルトI – III
- 性的暴行I – IV
- 誘拐
- 家族および世帯員の虐待
- 国際テロ

資格がある場合、どのような特典がありますか？

以下の補償を受けることができます：

- 他の情報源ではカバーされない医療および精神衛生のカウンセリング費用。
- 他のソースでカバーされていない収益やサポートを失った。
- 他のソースでカバーされていない葬儀および埋葬費用。
- 犠牲者のみに対する謝辞。謝辞賞は本質的に象徴的なものであり、被害者の苦しみを補うためではなく、被害者の苦しみを認めるために授与されます。このような賞は、犯罪の結果として被った肉体的/感情的な損失を定量化することを意図したものではなく、犯罪の事実と状況、および犯罪の重大度に基づいています。謝辞の最大額は400ドルで、資金の利用可能性に基づいて、いつでも変更される場合があります。
- 被害者の負傷または死亡に直接起因する金銭的損失。
- 物的損害（「良いサマリア人」のみ）。

遺失物、電話代、コピー費用、食事、駐車場、延滞料または申告料については補償されません。

委員会は最後の手段の支払人です。委員会は、他のすべての情報源が使い果たされた後にのみ補償を支払うことができます。報奨金は、労働者の補償、自動車保険、民事訴訟、一時的障害保険、または犯罪者からの補償から受け取った金額によって減額される場合があります。労働者災害補償、自動車保険、一時的障害保険、医療保険会社にタイムリーな請求を提出する必要があります。これらのソースからお金を受け取った場合は、委員会に払い戻す必要があります。

内部に続く

申し込み方法は？

- 犯罪を法執行官（警察、海軍捜査局、軍警察、または連邦捜査局）に遅滞なく報告する必要があります。
- 犯罪日から18か月以内に申請を委員会に提出する必要があります。正当な理由が示された場合、後期の申請は受理されます。

あなたは責任があります....

1. 以下を完全に記入して提出する:
 - 署名済みのアプリケーションフォーム（フォーム # 1）。
 - 各治療提供者の医療/メンタルヘルス治療情報フォームをリリースするための署名付き承認（フォーム # 2）。
 - あなたの主張（請求書、領収書、保険明細書、医療記録）を実証する証拠。
2. 失った賃金を請求する場合:
 - 雇用情報リリースの承認フォームに完全に記入して署名し、雇用主に提出します（フォーム # 3）。
 - 失われた賃金の請求を実証する証拠を提出する（スタブを支払う、自営業の場合は所得税申告書、および医療障害証明書）を委員会に提出する。
3. 自動車での暴行または自動車の衝突により負傷した場合:
 - No-Fault Insuranceプロバイダーに連絡して、犯罪関連費用の補償を依頼してください。

委員会に期待すること

- 委員会は、法執行機関の報告を確保しようとします。これには最大2か月かかる場合があります。
- 書面による決定を受け取り、補償の授与または申請の拒否を命じます。

もっと助けが必要ですか？以下にお問い合わせください

ハワイ州犯罪被害者補償委員会(CVCC)公安局

1164ビショップストリート、スイート1530
ホノルル、ハワイ96813
電話: (808) 587-1143
ファックス: (808) 587-1146
ウェブページ: <http://dps.hawaii.gov/cvcc>
近隣諸島のフリーダイヤル:

- ハワイ郡 974-4000, x71143
- カウアイ郡 274-3141, x71143
- マウイ郡 984-2400, x71143
- Moloka'i/Lāna'i 1-800-468-4644, x71143

ホノルル市および郡

検察官被害者証人コクア・サービス
1060リチャーズストリート、9階
ホノルル、ハワイ96813
電話: (808) 768-7401
ファックス: (808) 768-6417
Toll Free: 1-800-531-5538
Hearing Impaired: (808) 768-7404

飲酒運転に対する母親(MADD)

745フォートストリートモール、スイート303
ホノルル、ハワイ96813
電話: (808) 532-6232
ファックス: (808) 532-6004
近隣諸島のフリーダイヤル: 1-800-578-6233
ウェブページ: <http://madd.org/hi>
Eメール: hi.state@madd.org

ハワイ州

検察官被害者証人支援プログラム事務局
655クラウレア通り
ハワイ州ヒロ96720
電話: (808) 934-3306
ファックス: (808) 934-3517

西ハワイ:

81-980 Haleki'i Street、スイート150
ケアラケクア、ハワイ96750
電話: (808) 322-2552
ファックス: (808) 322-6584

カウアイ郡

検察官被害者証人プログラム事務局
3990 Ka'ana Street、スイート210
ハワイ、Lhuhu'e 96766
電話: (808) 241-1888
ファックス: (808) 241-1758

マウイ郡

検察官被害者証人支援課

150 South High Street
Wailuku, Hawai'i 96793
電話: (808) 270-7695
ファックス: (808) 270-6188

For Office Use Only – Case #:	犯罪被害者補償委員会 ハワイ州公共安全局 1164ピシヨップストリート、スイート1530 ホノルル、ハワイ96813 電話番号: (808) 587-1143 ファクス番号(808) 587-1146 ウェブサイト: http://dps.hawaii.gov/cvcc Eメール: cvcc@hawaii.rr.com
黒インクまたは青インクでタイプまたは印刷します。できるだけ多くの情報を提供してください。	

被害者情報

名前 _____ 自宅の電話: _____
ファーストネーム ミドルネーム 苗字
携帯番号: _____
送り先 _____ 勤務先の電話番号: _____
住所 シティ 状態 郵便番号 Eメール: _____

生年月日 ____/____/____ 社会保障番号-----

チェックしてください:

- 性別 男性 女性 障がい者 はい 番号
配偶者の有無 既婚 シングル あなたは事件の時にハワイを訪れましたか? はい 番号

あなたの民族を表すと思われるものをチェックしてください:

- 黒い人 中国語 フィリピン人 ハワイの ポルトガル語 ヒスパニック 他の国籍
 サモア人 日本語 韓国語 白人 プエルトリコ人 ネイティブアメリカン

申請者情報 (未成年者、故人、または無能力の被害者を申請する場合にのみ完了してください。)

被害者と申請者の関係: _____ 電話番号: _____
細胞数: _____
勤務先の電話番号: _____
Eメール: _____

名前 _____
ファーストネーム ミドルネーム 苗字
送り先 _____
住所 シティ シティ 郵便番号

犯罪情報

犯罪の日付 _____ 犯罪の種類: (暴行、性的暴行など) _____

容疑者の名前 _____ 犯罪の場所 _____
苗字 ファーストネーム ミドルネーム 住所 シティ 郵便番号

警察報告番号 _____

事件が軍警察によって調査された場合は、軍警察の報告書No.およびサービスのブランチ. _____

医療情報

インシデントのために見た各プロバイダー (医師、病院、またはセラピスト) の医療許可フォームに必ず記入してください。死亡した場合、遺体安置所または墓地の名前を提供します。すべての請求書、領収書、および保険明細書を添付してください。

プロバイダー名	住所	サービス日	総料金
1.			
2.			
3.			

医療保険: _____ 会員番号: _____

犠牲者雇用情報 失われた賃金を請求する場合にのみ完了

職場で怪我はありましたか? はい 番号 _____ 怪我の結果として仕事を欠場しましたか? はい 番号 _____

欠席期間: _____ から _____ に _____ 月 _____ 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年

雇い主の名前 _____ 電話番号 _____

送り先 _____
通り _____ シティ _____ 状態 _____ 郵便番号 _____

職名: _____ 賃金率: _____

保険/法的情報

費用の全額または一部の支払いのすべての潜在的なソースを確認してください:

- 医療保険 自動車保険 住宅所有者の保険 社会保障障害
 福祉 メディケア メディケイド 一時的な障害
 労災補償 その他(指定) _____

民事訴訟を起こしたことがありますか? はい 番号 _____

➤ はいの場合、以下を完了してください:

弁護士名 _____ 電話番号 _____

送り先 _____
通り _____ シティ _____ 状態 _____ 郵便番号 _____

委員会についてどうやって知りましたか チェックしてください:

- 病院/医療関係者 性的暴行カウンセラー 警察 新聞 テレビ
 検察の犠牲者証人 ドメスティックバイオレンスカウンセラー 無線 その他(指定) _____

参照犠牲者証人擁護者の名前: _____

犠牲者の証明書と署名

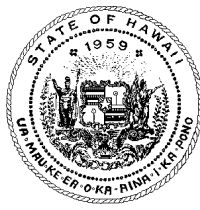
私はこの申請書を読み、私の知る限りにおいて真実かつ正しい情報を提供したことを証明します。私は、法律が虚偽の陳述に対する罰則を規定していることを理解しています。民事訴訟、賠償、または保険の支払いからお金を受け取った場合、委員会に返済します。

被害者の署名 _____ 日付 _____ 申請者の署名 _____ 日付 _____

ポリシーの声明: 人種、肌の色、宗教、性別、出身国、年齢、またはハンディキャップを理由に、いかなる人も参加から除外または差別の対象とならないことは、犯罪被害者補償委員会の公安局の方針です。補償の請求を行う。

郵送前にご確認ください:

- 申請書に署名しましたか?
 完全な郵送先住所と電話番号を提供しましたか?
 警察の報告番号、犯罪の日付、犯罪の種類に関する情報を記入しましたか?
 あなたを治療した医療提供者(医師、病院、診療所)ごとに医療承認書に署名して提出しましたか?
 医療費、葬儀費、保険明細書、領収書をすべて提出しましたか?
 失業を主張する場合、雇用主許可書に署名して雇用主に提出しましたか?
 インシデントと医療障害証明書の前の2つの期間の給与明細を提出しましたか?
 自営業者の場合、過去2年間の連邦および州の税務申告書のコピーを提出しましたか?
 車両で事故が発生した場合、自動車保険会社に連絡しましたか?



ハワイ州
犯罪被害者補償委員会
Ke Komikina Uku Luaahi Kalaima
1164ビショップストリート、スイート1530
ホノルル、ハワイ96813
電話: 808 587-1143
ファクス番号: 808 587-1146

形 #2

I, _____ (/ /) 保護された健康情報のリリースを許可する:
(患者の名前) (生年月日)

病院/医師名: _____

病院/医師の住所: _____

この情報は、犯罪被害者補償委員会で請求を処理するために必要です。

犯罪被害者補償委員会(委員会)は、保護されたすべての医療記録と報告書(X線は不要)、および保険料の支払い、プロバイダーの調整、患者の支払いなど、経費の明細書を要求します

期間について: ____ / ____ / ____ 提示する。

(犯罪の日付)

具体的には、委員会はまた要求します:

- 薬物乱用治療記録
- メンタルヘルス治療記録
- エイズやHIVなどの性感染症

委員会は、上記の情報提供に関連するすべての責任およびあらゆる請求から、上記の指定プロバイダー、その従業員、エージェント、およびスタッフの医師を解放します。この情報は、お客様のサービスの支払いの適格性に関する欧州委員会の決定にのみ使用され、第三者に再開示されることはありません。

要求された記録は、治療と請求を実証するために必要です。委員会は、文書/コピー料金の支払いを行いません。連邦公法103-322 (H.R. 3355) セクション230202では、委員会は第三者の責任ではなく最後の支払者と見なされるべきであると規定しています。したがって、すべての保険請求はそれに応じて提出する必要があります。保険会社が請求を拒否した場合は、拒否文書を提出してください。

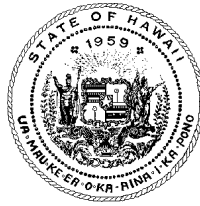
署名者による承認は任意であり、書面による通知を受け取った時点でいつでも取り消すことができます。さらに、サービスプロバイダーは、このフォームを使用して、1) 研究関連の治療、2) 開示のみのために提供されるヘルスケアに関する連邦プライバシー法で許可されている場合を除き、治療、支払い、登録、または給付の資格条件を設定しません第三者、または3) 健康プランの初期登録/適格性判定、引受、またはリスクレーティングの判定。

患者名: _____ 患者との関係: _____
(または、患者が未成年または無能力の場合は法的保護者)

患者/法的保護者の署名: _____ 日付: _____

「指定された患者の代表者」としての法的認可: _____

永久記録のために入手した文書のコピー: はい 番号



ハワイ州
犯罪被害者補償委員会
Ke Komikina Uku Luaahi Kalaima
1164ピショップストリート、スイート1530 / ホノルル、ハワイ96813
電話: (808) 587-1143 / ファクス番号: (808) 587-1146

形 #3

雇用情報を公開する許可

このセクションは、申請者が記入し、完了のために雇用主に提供する必要があります。

私, _____, [生年月日: _____, 社会保障番号: _____]

(被害者の名, ミドルネーム, 苗字)
私の雇用主を承認する, _____

(雇用主の氏名と完全な住所)

で発生した事件に基づいて仕事を休んだことに関する情報を犯罪被害者補償委員会(CVCC)に
公開する _____.

署名

日付

このフォームの上部を記入した後、記入して雇用主に戻るた
めに雇用主にフォームを提供してください。

このセクションは、雇用主によって完成され、犯罪被害者補償委員会に戻される必要があります。

従業員の役職: _____.

従業員が不在でした _____ に _____ とに取り組んで戻ってきた _____.

彼/彼女は仕事をする予定でした (従業員がこの期間中に仕事をするようにスケジュールされた日/日
付を指定してください _____.

上記の不在期間中、従業員は受け取った \$ _____ 総収入,

に基づく \$ _____ 1時間当たり, _____ 1日あたりの時間, _____ 週ごとの日.

従業員は次のいずれかの給付を受けましたか?

(受け取った総額を示してください。 資格がない場合は、拒否の理由を示してください.)

休暇休暇/シックペイ \$ _____ 受領/拒否理由: _____

有給休暇 \$ _____ 受領/拒否理由: _____

一時的な障害 \$ _____ 受領/拒否理由: _____

労災補償 \$ _____ 受領/拒否理由: _____

記入済みのフォーム: (印刷または入力してください)

(フォームに記入する人の名前)

(フォームに記入する人の役職)

署名 _____

電話番号 _____ 完了日 _____

公安省
犯罪被害者補償委員会
1164ビショップストリート、スイート1530
ホノルル、ハワイ96813