

하와이 주
공공 안전과 부서



범죄 피해자 보상 위원회

범죄 피해자 보상 위원회는 1967년 7월 1일에, 하와이 정부 개정법 서식 제 351 장에, 의해 재정 되었다. 피해자의 범죄에-연관된 피해 보상 금액을 도와준다. 자금 출처는 범법자들에게서 받은 수수료, 수감자 임금, 연방 정부 지원, 그리고 수거한 피해 보상 지급액을 피해 보상비등에서 지원한다.

지원 받을 자격은 ?

본인이 피해에 포함된 범죄 종류* 사항에 해당이 되고 하와이 사법권 안에서 일어났으면 지원을 받을 자격이 됩니다:

- 상해를 입은 피해자.
- 피해자가 상해를 입고 고통을 받고 있었거나 사망했을 경우 책임감 있게 피해자를 경제적으로 도와준 지인 .
- 사업 또는 교육적인 환경에서 많은 사람들이 사망 하는 것을 목격 했을 경우 (정신 건강 치료비만 해당).
- 피해자가 상해 또는 사망 했을 경우 피해자의 가족으로 병원비나 장례비를 책임 졌을 경우.
- 사망한 피해자의 부양 가족.
- 하와이 거주인으로 국제적 테러의 피해자 인 경우.

* 포함된 범죄 종류

- | | |
|------------------------|-------------------|
| • 살인 | • 폭행 1 급-3 급 |
| • 살인 미수 | • 성적 폭행 1 급-4 급 |
| • 과실 살인 1 급 과 2 급 | • 납치 |
| • 부주의에 의한 상해 1 급 과 2 급 | • 가족 학대 그리고 가족 일원 |
| | • 국제적인 테러 |

만약 제가 자격을 갖췄다면, 어떤 혜택을 받을 수 있나 요?

귀하께서는 다음과 같은 보상을 받으실 수도 있습니다 :

- 의료비 그리고 정신 건강 상담비가 다른 출처에서 해당이 안될 경우.
- 손실된 수입 또는 지원이 다른 출처에서 해당이 안될 경우.
- 장례식 또는 장례비가 다른 출처에서 해당이 안될 경우.
- 승인된 지급 보상은 오직 피해자에게만 적용 됩니다. 확인된 지급 보상은 본질적으로 상징적인 것 이며 고통받는 희생자들에게, 그 고통을 보상하려는 것 입니다. 이런 보상은 범죄의 결과로 물리적/정서적인 손실을 정량화 하려는 것이 아니며 사실과 그 상황에서 범죄의 심각성을 기반으로 한 것 입니다. 최대의 승인된 보상은 400 불 이며, 자금의 가용성에 따라, 언제든지 변경될 수 있습니다.
- 피해자의 상해 또는 사망의 결과로 직접적인 금전적 손실.
- 재산 손실 (“선한 사마리아인” 에 한해서).

분실물, 전화 요금, 복사 비용, 식사 비, 주차 비, 연체료 또는 제출 수수료는 보상에 포함되지 않습니다.

최종 수단의 지불인은 위원회 입니다. 위원회는 모든 다른 출처에서 받을 가능성이 소진 된 상황 후에 배상을 할 수도 있습니다. 직장 상해 보상, 자동차 보험, 민사 소송, 임시 장애자 보험 또는 가해자에게서 받을 수 있는 배상 액수로 인해 보상 받을 수 있는 액수가 줄어들 수 있습니다. 직장 상해 보상, 자동차 보험, 임시 장애자 보험 그리고 귀하의 의료 보험사에 시기 적절한 청구를 해야 합니다. 만약 귀하께서는 이러한 해당 출처에서 돈을 받으셨다면 위원회에 상환을 하셔야만 합니다.

내부에 계속됨

어떻게 신청하나요?

- 귀하께서는 이 범죄를 법 집행 공무원들에게 (경찰, 해군 수사 청, 군사 경찰 또는 연방 수사국) 부당한 지연 없이 보고를 해야 합니다.
- 귀하께서는 피해를 입은 날로부터 18 개월 이내에 위원회에 신청서를 제출 해야 합니다. 정당한 사유가 있는 경우에는 늦은 신청서도 받아들여 질 것 입니다.

본인의 책임은....

1. 완전히 작성을 하고 다음을 제출 하세요:
 - 서명을 한 신청서 (양식 1 번).
 - 서명한 의료/정신 건강 치료 정보 허가 동의서 양식에 서명 후 각각의 치료 제공자에게 서류를 받으십시오 (양식 2 번).
 - 귀하의 주장을 입증하는 증거 (청구서, 영수증, 보험 명세서, 그리고 의료 기록들).
2. 만약에 귀하께서 상실된 임금을 청구하실 경우:
 - 완전히 작성을 해야 하며 그리고 고용 정보 허가 동의서 양식에 서명을 하신 후 그리고 귀하의 고용주에게 제출 하십시오 (양식 3 번).
 - 귀하의 상실된 임금을 주장할 수 있는 증거들을 (급여 명세서, 자영업을 하는 경우 개인 소득세 신고서, 그리고 의료 장애 증명서) 위원회에 제출 하십시오.
3. 만약에 귀하께서 자동차에서 폭행을 당했거나 또는 자동차 충돌 사고로 부상을 입었을 경우:
 - 귀하의 무과실 자동차 보험사에 연락 후 보험사에 귀하의 범죄-관련 비용을 신청 하십시오.

위원회에서 기대할 수 있는 것은

- 위원회에서는 법 집행 보고서 확보를 시도 할 것 입니다. 이 일은 2 달이 걸릴 수도 있습니다.
- 귀하께서는 수여 보상을 받을지 또는 신청서가 거부될 경우 서면으로 결정을 받을 것 입니다.

도움이 더 필요 하신가요? 다음 기관에 연락 하십시오:

공공 안전과 부서, 하와이주 범죄 피해자 보상 위원회 (CVCC)

1164 Bishop Street, Suite 1530

Honolulu, Hawai'i 96813

Phone: (808) 587-1143

Fax: (808) 587-1146

Web Page: <http://dps.hawaii.gov/cvcc>

Neighbor Islands Toll Free:

- Hawai'i County 974-4000, x71143
- Kaua'i County 274-3141, x71143
- Maui County 984-2400, x71143
- Moloka'i/Lāna'i 1-800-468-4644, x71143

호놀룰루 시와 군

검찰청

피해자 증인 도움 서비스

1060 Richards Street, 9th Floor

Honolulu, Hawai'i 96813

Phone: (808) 768-7401

Fax: (808) 768-6417

Toll Free: 1-800-531-5538

청각 장애인: (808) 768-7404

음주 운전 반대 어머니들 (MADD)

745 Fort Street Mall, Suite 303

Honolulu, Hawai'i 96813

Phone: (808) 532-6232

Fax: (808) 532-6004

이웃 섬 무료 전화: 1-800-578-6233

Web Page: <http://madd.org/hi>

Email: hi.state@madd.org

호놀룰루군

검찰청

피해자 증인 지원 프로그램

655 Kīlauea Avenue

Hilo, Hawai'i 96720

Phone: (808) 934-3306

Fax: (808) 934-3517

하와이 서부:

81-980 Haleki'i Street, Suite 150

Kealahou, Hawai'i 96750

Phone: (808) 322-2552

Fax: (808) 322-6584

카우아이 군

검찰청

피해자 증인 프로그램

3990 Ka'ana Street, Suite 210

Līhu'e, Hawai'i 96766

Phone: (808) 241-1888

Fax: (808) 241-1758

마우이 군

검찰청

피해자 증인 지원 부서

150 South High Street

Wailuku, Hawai'i 96793

Phone: (808) 270-7695

Fax: (808) 270-6188

신청서

<p>사무실에서만 사용 - 사례#:</p>	<p>범죄 피해자 보상 위원회 하와이 주, 공공 안전과 부서 1164 Bishop Street, Suite 1530 Honolulu, Hawai'i 96813 Telephone: (808) 587-1143 Fax (808) 587-1146 Website: http://dps.hawaii.gov/cvcc E-mail: cvcc@hawaii.r.com</p>
<p>인쇄체 또는 정자로 검은색이나 파란색 펜을 사용 하세요. 최대한 많은 정보를 제공 해 주십시오.</p>	

피해자 정보

성명 _____ 집 전화: _____
 이름 중간이름 성 휴대전화/호출기: _____
 주소 _____ 직장 전화: _____
 거리 시 주 우편번호 이메일: _____

생년 월 일 ____ / ____ / ____ 사회 보장 번호: ____ - ____ - ____

확인 표기 하십시오:

성별 남성 여성 장애인 예 아니요
 결혼 여부 결혼 미혼 사건이 일어났을 당시 하와이를 방문 중이었나요? 네 아니요

본인에게 가장 적합한 민족성 한 곳에 표기하여 주십시오 :

흑인 중국인 필리핀인 하와이인 포르투갈인 스페인계통인 그 외의 인종
 사모아인 일본인 한국인 백인 푸에르토리코인 미국 원주민

신청자 정보 (만약 피해자가 미성년자 이거나, 사망 또는 무능력한 경우에만 귀하께서 신청서를 작성 할 수 있습니다.)

신청인과 피해자와의 관계 : _____ 집 전화: _____
 _____ 휴대전화/호출기 _____
 _____ 직장 전화: _____
 _____ 이메일: _____

성명 _____
 이름 중간이름 성
 주소 _____
 거리 시 주 우편번호

범죄 정보

범죄 날짜 _____ 범죄의 유형: (폭행, 성 폭행, 등등.) _____
 용의자의 이름 _____ 범행 장소 _____
 성 이름 중간이름 거리 시 우편번호

경찰 보고서 번호: _____

만약 사건이 군사 경찰에 의해 조사가 되면, 군사 경찰 보고서 번호와 군 복무 정보도 제공 하세요. _____

의료 정보

의료 허가서를 완전히 작성 하시고 이 사건으로 치료 받은 (의료진, 병원, 또는 치료사) 로 부터 각각 허가서를 받으십시오. 사망 했을 경우, 장례회관 또는 묘지회사 정보도 제공 하십시오. 모든 청구서, 영수증, 그리고 보험 명세서를 첨부 하십시오.

치료 제공자 성명	주소	서비스 날짜	총 요금
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____

의료 보험: _____ 회원 번호 _____ 뒷 면에 계속 됩니다 #:

JOSH GREEN, M.D.
GOVERNOR



MARI MCCAIG BELLINGER
Chair

CLIFTON Y.S. CHOY
Commissioner

JO KAMAE BYRNE
Commissioner

PAMELA FERGUSON-BREY
Executive Director

하와이 주

**범죄 피해자 보상
위원회**

1164 Bishop Street, Suite 1530
Honolulu, Hawai'i 96813
Telephone: 808 587-1143
FAX 808 587-1146

양식 2 번

본인, _____ (_____ / _____ / _____) 보호 받는 건강 정보를 공개할 수 있는 권한에 동의 합니다:
(환자의 성함) (생년 월 일)

병원/의사 성함: _____

병원/의사 주소: _____

이 정보는 범죄 피해자 보상 위원회에서 보상 청구 처리 과정의 필수 조건 사항 입니다.

범죄 피해자 보상 위원회는 (위원회), 모든 보호 받는 건강 기록과 진료 보고서 (x-레이 기록은 필요하지 않습니다) 그리고 항목별 지출 명세서, 모든 보험 지불금을 포함, 공급자 조정 변경들 그리고/또한 환자의 지불 금 기록을 요청 합니다.

이 기간에서: _____ / _____ / _____ 현재 까지
(범죄 날짜)

구체적으로, 위원회에서는 다음 정보도 요청 합니다:

- 약물 남용 치료 기록들
- 정신 건강 치료 기록들
- 후천 면역 결핍 증후군 에이즈 그리고 인간 면역 결핍 바이러스 포함한 성병

위원회 에서는 위에 언급된 제공자들, 제공자 들의 직원들, 대리인, 그리고 모든 책임 및 모든 청구 신청 그리고 위에 설명한 대로 공개 해당에 관한 정보들을 공개 합니다. 이 정보들은 위원회에서 귀하들의 서비스에 대한 치료비에 적격성을 결정하는데 만 사용 될 것 입니다 그리고 제 삼자에게는 재-공개 하지 않을 것 입니다.

요청한 기록들은 치료 및 청구 비용을 입증 하는 필수 요건 입니다. 위원회에서는 문서/복사 비용을 지불하지 않습니다. 연방 공법 103-322 (H.R. 3355) 230202 항 에 의거, 위원회가 최종 수단의 지불인 이며 제 삼자가 법적 책임자가 아닙니다. 따라서, 모든 보험 청구는 이 법에 따라 제출 되어야 합니다. 만약 보험 회사에서 이 청구를 거부 할 경우, 거부 사유 서류를 제출 하여 주십시오.

서명자의 권한 부여는 자발 적인 것 입니다 그리고 서면 통지를 통해 받은 후 언제든지 취소 될 수 있습니다. 추가 적으로, 서비스 제공자는 치료, 지불 금액, 등록, 또한 혜택 자격들에 대한 조건 설정을 위하여 이 서식을 사용 할 수 없으며, 또는 연방 개인 정보 보호법 에 의해 제외 된: 1) 연구-관련 치료, 2) 제 삼자에게 공개되는 단독으로 제공되는 건강 관리, 또는 3) 건강 계획의 초기 등록/적격성 결정, 인수, 또는 위험 등급 결정들은 허용이 되고 있습니다.

환자 성함: _____ 환자와의 관계: _____

(또는 법적 보호자 만약에 환자가 미성년자이거나 무능력한 경우)

환자/법적 보호자 성명: _____ 날짜: _____

법적 권한을 받은 봉사 할 수 있는 "지정된 환자 대리인" : _____

연구 기록을 위한 문서 사본을 받으셨나요: 네 아니요

이웃 섬
무료 전화

JOSH GREEN, M.D.
GOVERNOR



하와이 주

MARI MCCAIG BELLINGER
Chair

CLIFTON Y.S. CHOY
Commissioner

JO KAMAE BYRNE
Commissioner

PAMELA FERGUSON-BREY
Executive Director

범죄 피해자 보상 위원회

1164 Bishop Street, Suite 1530 / Honolulu, Hawai'i 96813
Telephone: (808) 587-1143 / Fax: (808) 587-1146

양식 3 번

고용 정보 공개 동의서

이 부분은 신청자가 작성을 하고 본인의 고용주에게 완성 하실 수 있게 드리십시오.

본인, _____, [생년 월 일: _____, 사회 보장 번호: _____]
(피해자의 이름, 중간이름 약자, 성)

본인의 고용주에게 허가 합니다, _____

(고용주의 완전한 성 이름 그리고 완전한 주소)

범죄 피해자 보상 위원회 (CVCC) 에게 사건이 일어난 날부터 저의 부재에 관한 정보를 공개 할 수 있도록 동의 합니다. _____

서명

날짜

**이 양식의 상단 부분을 완성 하신 후, 이 서류를 귀하의 고용주에게 드리시면
서류를 완전하게 작성 후 위원회에 보내 주십시오.**

이 부분은 고용주가 작성을 하신 후 범죄 피해자 보상 위원회에 보내 주십시오.

고용인의 직함: _____

고용인이 결석을 이날 부터 _____ 까지 _____ 그리고 복귀한 날짜는 _____

그/그녀 작업 스케줄이 있었다 (이 기간동안 고용인의 스케줄 근무 날들과/날짜들을 정확하게 쓰십시오)

위에 명시된 이 결석 기간 동안, 고용인이 받을 수 있었던 총 수입 액수는 \$ _____ 입니다,

기본 임금 \$ _____ 시간 당, _____ 하루 일 할 시간, _____ 일주일에 며칠.

고용인은 다음에 나열한 혜택들을 받았나요?

(받은 총액수를 표기 하여 주십시오. 만약 **자격이 안되는 경우**, 거부 이유를(들) 표기하여 주십시오.)

휴가 / 병가 \$ _____ 받은 날짜들 /거부 이유: _____

유급 휴일 \$ _____ 받은 날짜들 /거부 이유: _____

임시적인 장애 \$ _____ 받은 날짜들/거부 이유: _____

근로자 보상 \$ _____ 받은 날짜들/거부 이유: _____

이 서식을 작성한 분은 : (인쇄체 또는 정자로 써 주십시오)

(이 양식을 작성한 분의 이름)

(양식을 작성한 분의 직책)

서명 _____

전화 번호 _____ 작성된 날짜 _____

이웃 섬 - 무료 전화

Hawai'i 974-4000 ext. 71143 Maui 984-2400 ext. 71143 Kaua'i 274-3141 ext. 71143 Moloka'i/Lāna'i 1-800-468-4644 ext. 71143

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