

DEMANDE D'INDEMNISATION POUR LES VICTIMES D'ACTES CRIMINELS

[EMBLÈME DE RHODE ISLAND – TRÉSORERIE GÉNÉRALE]

**ÉTAT DE RHODE ISLAND
TRÉSORERIE GÉNÉRALE JAMES A. DIOSSA**

(Veuillez écrire lisiblement et remplir toutes les pages)

Informations relatives à la victime (la personne blessée. Vous DEVEZ répondre à TOUTES les questions afin que la demande soit traitée)

Prénom		Initiale du second prénom		Nom de famille	
Date de naissance	/	/	No. de sécurité sociale	-	-
Adresse postale			Téléphone fixe ()		
Ville			État		Portable ()
Courriel			Code postal		

Informations relatives à la partie requérante (concernant une victime mineure ou un survivant d'une victime décédée. Vous DEVEZ répondre à TOUTES les questions afin que la demande soit traitée)

Prénom		Initiale du second prénom		Nom de famille	
Date de naissance	/	/	No. de sécurité sociale	-	-
Adresse postale			Téléphone fixe ()		
Ville			État		Portable ()
Courriel			Code postal		
Lien avec la victime					

Informations relatives à l'acte criminel

Veuillez décrire l'acte criminel et vos blessures :

L'acte criminel a été signalé au commissariat de police de		Numéro du rapport de police	
Date de l'acte criminel	Date de signalement de l'acte criminel	Date de découverte de l'acte criminel	
/	/	/	
Site de l'acte criminel			
Personne(s) ayant commis l'acte criminel			
Avez-vous un avocat privé qui vous représente dans un procès civil ou une procédure d'assurance ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas pour le moment			
Nom de l'avocat		Téléphone	
Adresse		Ville	État & Code postal

Frais (cochez les frais pour lesquels vous réclamez un remboursement.) VEUILLEZ JOINDRE DES COPIES DES FACTURES.

- Perte de revenu pour la victime
- Psychothérapie pour la victime
- Frais médicaux pour la victime
- Frais dentaires pour la victime
- Perte de l'ouïe pour le parent/tuteur de la victime mineure
- Frais de déménagement

RÉCLAMATIONS POUR HOMICIDE

- Funérailles/enterrement
- Nettoyage du site de l'acte criminel
- Perte d'assistance pour le bénéficiaire de la victime décédée
- Psychothérapie pour les familles des victimes d'homicide
- Frais de déménagement

Informations relatives à l'assurance

- Santé Medicaid/Medicare Indemnisation pour accident de travail Aucune Autre _____

Informations d'ordre général (les informations suivantes sont facultatives. Elles ne sont utilisées qu'à des fins statistiques)

Identité de genre : Homme Femme Autre

Handicapé(e) : Oui Non

Âge : Moins de 17 Entre 18 et 63 64 et plus

Race : Blanche Noire Indien d'Amérique
 Hispanique Asiatique/Insulaire du Pacifique Autre

Qui vous a recommandé : Police Bureau du procureur général Salon funéraire
 Hôpital Service d'aide aux victimes Autre (précisez) _____

Contrat, consentement et clause de non-responsabilité. Vous DEVEZ signer et dater cette demande afin qu'elle soit traitée.

ACCORD DE REMBOURSEMENT

Je comprends que le Fonds d'indemnisation des victimes sert de FONDS DE DERNIER RECOURS. Je comprends que la loi du Rhode Island exige que je contacte et rembourse le Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels si je reçois des fonds provenant de l'auteur du délit, d'une action civile, d'une assurance, d'un organisme gouvernemental ou privé, ou toute autre entité suite à l'obtention d'une indemnisation par le Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels. Je m'engage à informer le Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels si je fais appel à un avocat pour me défendre dans toute procédure liée avec cet acte criminel.

CONSENTEMENT À LA DIVULGATION D'INFORMATIONS CONFIDENTIELLES

J'autorise tous les hôpitaux, établissements médicaux, médecins, fournisseurs de soins en santé mentale, employeurs, sociétés d'assurance, particuliers ou organisations pour divulguer les données requises pour le Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels. Je sais que ces données ne serviront qu'à l'évaluation des compensations. Je sais que tous les dossiers sont protégés par la loi fédérale de protection de la vie privée et par les lois générales de l'État de Rhode Island, et qu'ils ne peuvent être révélés sans mon accord écrit, sauf dans les situations prévues par la loi. Aucune information divulguée ou reçue suite à ce consentement ne sera en aucun cas partagée avec une autre personne, organisation, entité ou autre tierce partie, sans mon consentement écrit supplémentaire. Je peux révoquer ce consentement en envoyant une lettre à la partie mentionnée ci-dessus à tout moment avant la divulgation ou la diffusion de l'information. Je permets qu'une photocopie de l'original cet accord soit admise avec la même validité que l'original.

Je certifie que les informations et les pièces justificatives contenues dans cette demande sont véridiques et précises au meilleur de ma connaissance.

CLAUSE DE NON-RESPONSABILITÉ DU BCI (Bureau des enquêtes criminelles)

Selon les dispositions des Lois générales du Rhode Island 12-25-19(d) et de la Loi de 1999 relative aux préjudices causés par des actes criminels, ce bureau peut ne pas accorder d'indemnisation si la victime a été impliquée dans un acte criminel violent au cours des cinq années précédentes ou suivant sa blessure.

Moi, _____, né(e) le ____/____/____, donne par la présente l'instruction et l'autorisation au Bureau des enquêtes criminelles du Département du procureur général du RI de transmettre au Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels l'intégralité de mon casier judiciaire détenu par le Bureau des enquêtes criminelles.

Par la présente, je déclare renoncer et me libérer de toute responsabilité concernant les actions, causes d'actions et demandes de toute nature, en lien avec toute divulgation ou demande relative à des dossiers judiciaires, que ce soit à l'encontre de l'État du Rhode Island, du Bureau d'identification criminelle, du procureur général et de son personnel, ainsi que du Bureau du trésorier général. Cela comprend les actions en justice et en équité que je pourrais lancer, que ce soit maintenant ou plus tard.

VEUILLEZ FOURNIR UNE COPIE DE VOTRE PIÈCE D'IDENTITÉ AVEC UNE PHOTO VALIDE

Le Bureau du Trésorier général ne fait aucune distinction en raison de la race, de la couleur, de la religion, du sexe, de l'orientation sexuelle, de l'identité ou de l'expression de genre, de l'âge, de l'origine nationale ou du handicap.

Signature

Date

Prière de remplir la demande et l'envoyer à :

CRIME VICTIM COMPENSATION PROGRAM

Office of the General Treasurer

50 Service Avenue, 2nd Floor

Warwick, RI 02886

Phone 401-462-7655

Fax 401-462-7694

www.treasury.ri.gov