

SOLICITAÇÃO DE INDEMNIZAÇÃO DE VÍTIMA DE CRIME
ESTADO DE RHODE ISLAND
GABINETE DO TESOUREIRO GERAL, JAMES A. DIOSSA
(Imprimir de forma legível e preencher as duas páginas)
Informações sobre a vítima (a pessoa que foi ferida DEVE responder a TODAS as perguntas para efetuar a solicitação)

Nome		Segundo nome		Sobrenome	
Data de nascimento / /		Número de Seguro Social - -		Telefone residencial ()	
Endereço de correspondência				Telefone celular ()	
Cidade		Estado		CEP	
Endereço de e-mail					

Informações sobre o requerente (vítima menor ou sobrevivente de uma vítima falecida DEVE responder a TODAS as perguntas para efetuar a solicitação)

Nome		Segundo nome		Sobrenome	
Data de nascimento / /		Número de Seguro Social - -		Telefone residencial ()	
Endereço de correspondência				Telefone celular ()	
Cidade		Estado		CEP	
Endereço de e-mail				Relação com a vítima	

Informações sobre o crime
Descreva o crime e os seus ferimentos:

Departamento de Polícia; Crime comunicado a		Número do relatório da polícia			
Data do crime / /		Data da comunicação do crime / /		Data da descoberta do crime / /	
Local do crime					
Pessoa(s) que cometeu(aram) o crime					
É representado por um advogado particular num processo civil ou numa ação de seguro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não neste momento					
Nome do advogado				Telefone	
Endereço		Cidade		Estado e CEP	

Despesas (assinale as despesas para as quais pede indemnização)
FAVOR APRESENTAR CÓPIAS DAS FATURAS

- Salários perdidos da vítima (se estava empregada na época do crime)
 Aconselhamento da vítima
 Despesas médicas da vítima
 Despesas dentárias para a vítima
 Perda de rendimentos para o pai/tutor de uma vítima menor
 Despesas de deslocação

REQUISITOS DE HOMICÍDIO

- Funeral/enterro
 Limpeza do local do crime
 Perda de apoio a dependentes de uma vítima falecida
 Aconselhamento para a família da vítima de homicídio
 Despesas de deslocação

Informações sobre seguros Saúde Medicaid/Medicare Compensação Laboral Nenhuma Outro

Informações gerais (as informações a seguir são facultativas; são utilizadas apenas para fins estatísticos)

Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro	Pessoa com deficiência: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Idade: <input type="checkbox"/> Menor de 17 <input type="checkbox"/> 18 a 63 <input type="checkbox"/> Maior de 64	
Raça: <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Hispânico <input type="checkbox"/> Asiático / Ilhéu do Pacífico <input type="checkbox"/> Outro	
Quem o indicou? <input type="checkbox"/> Polícia <input type="checkbox"/> Gabinete do Procurador-Geral <input type="checkbox"/> Agente Funerário <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Serviços às Vítimas <input type="checkbox"/> Outro (especificar) _____	

Acordo, Consentimento e Isenção de Responsabilidade (Esta secção DEVE ser assinada e datada para processar a solicitação)

ACORDO DE REEMBOLSO

Compreendo que o Fundo de Indemnização à Vítima é um FUNDO DE ÚLTIMO RECURSO. Compreendo que a lei de Rhode Island exige que eu contacte e reembolse o Programa de Indemnização às Vítimas de Crime se receber pagamentos do infrator, de um processo civil, de um programa de seguros, do governo ou de uma agência privada, ou de qualquer outra fonte depois de ter recebido o pagamento do Programa de Indemnização às Vítimas de Crime. Concordo em notificar o Programa de Indemnização às Vítimas de Crime se contratar um advogado para me representar em qualquer ação relacionada com este crime.

CONSENTIMENTO PARA A DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS

Autorizo qualquer hospital, centro de saúde, médico, prestador de cuidados de saúde mental, empregador, companhia de seguros, pessoa ou agência a fornecer as informações necessárias ao Programa de Indemnização às Vítimas de Crime. Compreendo que as informações serão utilizadas apenas para determinar os benefícios da indemnização. Compreendo que todos os registos estão protegidos ao abrigo dos regulamentos federais de confidencialidade e da legislação geral do estado de Rhode Island e não podem ser divulgados sem o meu consentimento por escrito, salvo disposição em contrário em lei. Quaisquer informações divulgadas ou recebidas ao abrigo do presente consentimento não devem ser transmitidas de forma alguma a qualquer outra pessoa, organização, entidade ou outro, sem o meu consentimento adicional por escrito. Posso retirar este consentimento através de notificação escrita à parte acima referida em qualquer altura antes da divulgação ou da liberação das informações. Autorizo que uma cópia fotostática do original desta autorização seja aceite com a mesma autoridade que o original.

Certifico que as informações e a documentação de apoio contidas no presente pedido são verdadeiras e exactas, tanto quanto é do meu conhecimento.

ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO BCI

De acordo com a Lei Geral de Rhode Island 12-25-19(d), a Lei de Danos Criminais de 1999, este gabinete pode recusar uma indemnização se a vítima tiver cometido um crime violento nos últimos cinco anos ou após o seu dano.

Eu, _____, com data de nascimento de ____/____/____, dou instruções e autorizo o Gabinete de Identificação Criminal do Departamento do Procurador-Geral de RI a disponibilizar ao Programa de Indemnização às Vítimas de Crime qualquer registo criminal que o Gabinete de Identificação Criminal tenha em arquivo referente a mim.

Por este meio, renuncio e isento todo e qualquer tipo de acções, causas de acções e exigências de qualquer espécie, natureza e descrição, decorrentes de qualquer divulgação de registos criminais e pedidos dos mesmos, seja contra o Estado de Rhode Island, o Gabinete de Identificação Criminal, o Procurador-Geral e funcionários do Gabinete do Procurador-Geral e do Gabinete do Tesoureiro-Geral, tanto em termos legais como de equidade, que eu possa ter agora ou no futuro.

DEVE ENVIAR UMA CÓPIA DE UM DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO COM FOTO VÁLIDO.

O Gabinete do Tesoureiro Geral não discrimina com base na raça, cor, religião, sexo, orientação sexual, identidade ou expressão de género, idade, nacionalidade ou deficiência.

Assinatura

Data

Devolver o formulário preenchido ao:
PROGRAMA DE INDEMNIZAÇÃO ÀS VÍTIMAS DE CRIME
 Gabinete do Tesoureiro-Geral
 50 Service Avenue, 2nd Floor
 Warwick, RI 02886
 Telefone 401-462-7655 Fax 401-462-7694
 www.treasury.ri.gov