

CRIME VICTIM COMPENSATION APPLICATION

طلب تعويض ضحايا الجريمة

Michigan Department of Health and Human Services

إدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغان

رقم الادعاء

الرقم المرجعي الإرشادي

لاستخدام المكتب فقط

لن تقوم ادارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغان (MDHHS) بالتمييز ضد أي فرد أو مجموعة بسبب العرق، أو الدين، أو السن، أو الأصل الوطني، أو اللون، أو الطول، أو الوزن، أو الحالة الاجتماعية، أو المعلومات الجينية، أو الجنس، أو التوجه الجنسي، أو الهوية الجنسية، أو التعبير، أو المعتقدات السياسية، أو الإعاقة.

AUTHORITY: PA 223 of 1976

COMPLETION: Is Voluntary, but is required if Crime Victim Compensation is desired. Information on this form is exempt from disclosure under the Freedom of Information Act.

تعليمات

يرجى طباعة بوضوح أو كتابة جميع المعلومات في هذا الطلب. يجب تعبئة طلب منفصل لكل ضحية.

- قم بإرفاق نسخ من فواتير الاستشارات أو الدفن أو طبيب الأسنان أو الفواتير الطبية محددة البنود المتعلقة بالجريمة المستلمة حتى تاريخه إن لم يتم سدادها عن طريق التأمين
- قدم شرح المخصصات لكل تاريخ خدمة لم يتم سدادها بالكامل بالتأمين الخاص بك
- قدم عدد 2 أو 3 قسائم رواتب قبل تاريخ الإصابة مباشرة توضح إجمالي وصافي المرتب وكذلك الاقطاعات الضريبية في حال التقدم بطلب خسارة المرتبات
- قدم بيان إعاقة كتابي من طبيبك يؤكد التواريخ التي لم تتمكن فيها من العمل
- للحصول على مساعدة في إكمال هذا الطلب، اتصل على الرقم المجاني **للضحايا فقط** 877-251-7373 أو 517-373-7373
- قم بإرسال الطلب المكتمل على العنوان أدناه:

Crime Victim Services Commission
Grand Tower, Suite 1113
235 S. Grand Avenue
PO Box 30037
Lansing, MI 48909
الفاكس: 517-373-2439

القسم 1 - معلومات الضحية:			
أكمل هذا القسم للشخص المصاب.			
1. اسم الضحية (الأخير، الأول، الأوسط)	3. تاريخ الولادة	4. رقم الضمان الاجتماعي	
2. العنوان (الرقم، الشارع، الشقة، الرقم، الخ)	5. رقم الهاتف المنزلي	6. رقم الهاتف الخليوي	
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	7. رقم هاتف العمل
8. الحالة الاجتماعية			
<input type="checkbox"/> أعزب	<input type="checkbox"/> متزوج	<input type="checkbox"/> منفصل	<input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى

القسم 2 - معلومات مقدم الطلب:			
يُرجى إكمال هذا القسم في حال كان الضحية			
1. اسم مقدم الطلب (الأخير، الأول، الأوسط)	3. تاريخ الولادة	4. رقم الضمان الاجتماعي	
2. العنوان (الرقم، الشارع، الشقة، الرقم، الخ)	5. رقم الهاتف المنزلي	6. رقم الهاتف الخليوي	
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	7. رقم هاتف العمل
8. الحالة الاجتماعية			
<input type="checkbox"/> أعزب	<input type="checkbox"/> متزوج	<input type="checkbox"/> منفصل	<input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
10. علاقتك بالضحية			
<input type="checkbox"/> زوجه	<input type="checkbox"/> شريكه	<input type="checkbox"/> طفله	<input type="checkbox"/> شقيقه
<input type="checkbox"/> جده	<input type="checkbox"/> حفيده	<input type="checkbox"/> وصيه	<input type="checkbox"/> غير ذلك
11. هل أنت أو هل كنت تعول على الضحية المتوفية لأي مما يلي			
دعم مالي أساسي		<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم
دعم للطفل أو نفقة للزوجة المطلقة		<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم
12. المعالون: يُرجى ذكر أسماء وتواريخ ميلاد جميع المعالين الشرعيين للضحية			
الأسماء	تواريخ الميلاد	الأسماء	تواريخ الميلاد

القسم 3 - المعلومات الخاصة بالجريمة:			
أكمل هذا القسم وقدم نسخة من تقرير الشرطة إذا توفر.			
1. نوع الجريمة (حدد واحدًا فقط)			
<input type="checkbox"/> قتل	<input type="checkbox"/> اعتداء	<input type="checkbox"/> القيادة في حالة سكر/القيادة تحت تأثير الكحول	<input type="checkbox"/> جريمة سرقة سيارة (غير ذلك)
<input type="checkbox"/> سرقة	<input type="checkbox"/> إحراق الممتلكات عمدًا	<input type="checkbox"/> سطو	<input type="checkbox"/> اعتداء جنسي
<input type="checkbox"/> إهمال/إساءة معاملة الأطفال	<input type="checkbox"/> اعتداء جنسي على الأطفال	<input type="checkbox"/> استخدام الأطفال في إنتاج المواد الإباحية	<input type="checkbox"/> مطاردة
<input type="checkbox"/> الاتجار بالبشر	<input type="checkbox"/> الإرهاب	<input type="checkbox"/> الاحتيال والجرائم المالية	<input type="checkbox"/> الخطف
<input type="checkbox"/> غير ذلك (يُرجى التوضيح)			
2. هل كان الشخص الذي سبب الإصابة زوجًا للضحية أو زوجًا سابقًا له أو شخصًا له طفل من الضحية أو مقيمًا سابقًا في منزل الضحية؟			
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
3. تاريخ الجريمة		4. تاريخ الإبلاغ عن الجريمة	
5. المقاطعة التي وقعت بها الجريمة		7. رقم الحادث	
6. قسم الشرطة أو الشريف (نقيب الشرطة) الذي تم إبلاغه بالجريمة			
8. موقع الجريمة (الرقم والشارع)		الولاية	الرمز البريدي
9. صف الإصابات البدنية الناتجة عن هذه الجريمة			
10. وصف مختصر للجريمة			
11. إن لم يتم الإبلاغ عن الجريمة للشرطة/الشريف (نقيب الشرطة) في غضون 48 ساعة ، يُرجى توضيح سبب التأخير			
12. إن لم يتم بتعبئة هذه الدعوى في غضون عام واحد من وقوع الجريمة، يُرجى توضيح سبب التأخير			

القسم 4 - معلومات التعويض والاسترداد:			
أكمل هذا القسم مع تقديم جميع المعلومات المتاحة لديك حاليًا.			
1. اسم الجاني (الجنّة) إذا كان معروفًا			
2. هل وجهت المحكمة الاتهام للجاني (الجنّة)؟			
<input type="checkbox"/> نعم (إذا كانت الإجابة نعم، أكمل السوالين 3 و4) <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف			
3. اسم المحكمة		4. رقم قضية المحكمة	
5. هل امرت المحكمة الجاني (الجنّة) بتعويضك؟			
<input type="checkbox"/> نعم (إذا كانت الإجابة نعم، أكمل الأسئلة 6 و7 و8) <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف			
6. تاريخ حكم التعويض		7. رقم قضية المحكمة	
8. المبلغ الصادر به الحكم \$			
9. هل قمت برفع أو هل تنوي رفع دعوى لدى محكمة مدنية؟			
<input type="checkbox"/> نعم (إذا كانت الإجابة نعم، أكمل الأسئلة 10 و11 و12 و13) <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف			
10. هل توصلت لاتفاق مع طرف ثالث بشأن هذه القضية؟			
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف			
11. اسم المحامي		12. رقم هاتف المحامي	
13. عنوان المحامي (الرقم، الشارع، الجناح، الخ)		الولاية	الرمز البريدي

القسم 5 - المعلومات الإحصائية لبرنامج ضحايا الجريمة:			
لأغراض إحصائية فقط. إكمال هذا القسم طوعي تمامًا.			
1. يُرجى إبلاغنا بشأن معرفتك ببرنامج تعويض ضحايا الجريمة:			
<input type="checkbox"/> المدعي العام	<input type="checkbox"/> مقدم الرعاية الطبية	<input type="checkbox"/> المحامي	<input type="checkbox"/> وسائل الإعلام أو النشرة أو اللافتة
<input type="checkbox"/> الشرطة/الشريف (نقيب الشرطة)	<input type="checkbox"/> وكالة خدمات الضحايا	<input type="checkbox"/> صديق/شخص تعرفه	<input type="checkbox"/> غير ذلك
2. الخلفية العرقية/اللاتينية (الأصل العرقي):			
<input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو جزيرة أخرى في المحيط الهادئ	<input type="checkbox"/> أمريكي أفريقي أسود	<input type="checkbox"/> إسباني أو لاتيني	<input type="checkbox"/> إن كنت معوقًا، حدد خيارًا واحدًا
<input type="checkbox"/> أبيض غير لاتيني/قوقازي	<input type="checkbox"/> هندي أمريكي	<input type="checkbox"/> متعدد الأعراق <input type="checkbox"/> غير ذلك	<input type="checkbox"/> قبل الجريمة
<input type="checkbox"/> أسويي <input type="checkbox"/> من سكان ألاسكا			<input type="checkbox"/> نتيجة لهذه الجريمة

القسم 6 - معلومات الفصل في الادعاء:

1. حدد نوع مخصصات التعويض الذي تطالب به.	
<input type="checkbox"/> مخصصات النفقات الطبية للضحية	<input type="checkbox"/> مزايا الجنازة للناجين
<input type="checkbox"/> مخصصات خسارة الأرباح للضحية	<input type="checkbox"/> مزايا خسارة الدعم للناجين
<input type="checkbox"/> الاستشارة	<input type="checkbox"/> تنظيف مسرح جريمة القتل فقط
2. هل ستعاني من خسارة الحد الأدنى للمصاريف التقديرية التي تبلغ 200 دولار؟	3. هل فقدت أرباح أسبوعين متتاليين على الأقل؟
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
4. هل كانت إصابتك نتيجة للاعتداء الجنسي الإجرامي؟	5. هل تمت إحالتك على التقاعد بسبب الإعاقة؟
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

القسم 7 - إذا كنت تتقدم للحصول على خدمات الاستشارة، الأسنان، الطبية:

يُرجى إكمال هذا القسم، أو تخطي إلى القسم 8. يُرجى تضمين جميع الفواتير الطبية محددة العناصر وشرح المخصصات والإيصالات.

1. يُرجى توضيح أي من المصادر التالية (إن وجدت) متوفرة لسداد الفواتير الطبية أو النفقات من مصاريف الجيب: (حدد كل ما ينطبق). يُرجى إرفاق أي بيانات «شرح للمخصصات» التي تسلمتها حتى اليوم.

<input type="checkbox"/> التأمين الصحي	<input type="checkbox"/> التأمين الخاص بالأسنان/الرؤية	<input type="checkbox"/> إدارة قدماء المحاربين	<input type="checkbox"/> مديكيد (Medicaid)
<input type="checkbox"/> مديكيد (Medicare)	<input type="checkbox"/> تعويضات العمال	<input type="checkbox"/> الخطة الطبية للولاية	<input type="checkbox"/> لا يوجد
<input type="checkbox"/> تأمين السيارات	<input type="checkbox"/> تأمين ملاك المنزل	<input type="checkbox"/> المساعدات العامة الأخرى	<input type="checkbox"/> غير ذلك (يُرجى التوضيح في رقم 2)
2. هل تلقت الضحية رعاية خيرية أو مبالغ أو تبرعات أو تسويات تأمينية أخرى من أي مصدر آخر بسبب هذا الحادث:			
<input type="checkbox"/> نعم إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى التوضيح أدناه: <input type="checkbox"/> لا			
3. هل هناك علاج طبي إضافي مطلوب؟ (يرجى التوضيح):			
4. اسم جهة التأمين الطبية الأساسية:			

القسم 8 - إذا كنت تتقدم للحصول على تكاليف خاصة بالجنازة واستشارات الحداد وتنظيف مسرح الجريمة وخسارة الدعم: يُرجى إكمال هذا القسم، أو تخطي إلى القسم 9. يُرجى تضمين الفواتير الفصلية.

1. يُرجى توضيح أي من المصادر التالية (إن وجدت) متوفرة لسداد أي فواتير أو نفقات من مصاريف الجيب: (حدد كل ما ينطبق).
يُرجى إرفاق أي بيانات «شرح للمخصصات» تسلمتها.

<input type="checkbox"/> التأمين على الحياة	<input type="checkbox"/> التأمين الصحي	<input type="checkbox"/> تغطية الضمان الاجتماعي للوفاة	<input type="checkbox"/> تأمين ملاك المنزل
<input type="checkbox"/> الإغاثة في حالات الطوارئ	<input type="checkbox"/> تعويضات العمال	<input type="checkbox"/> تأمين السيارات	<input type="checkbox"/> لا يوجد
2. هل تلقيت تبرعات أو أموال من أي مصدر بسبب هذا الحادث؟			
<input type="checkbox"/> نعم إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى التوضيح أدناه: <input type="checkbox"/> لا			

القسم 9 - إذا كنت تتقدم بسبب خسارة في الأرباح:

إذا كان الضحية يعمل وتوقف عن العمل لمدة أسبوعين متتاليين ولديه دخل خاضع للضرائب، يُرجى إكمال هذا القسم أو التخطي للقسم 10.

- أرفق قسائم الرواتب التي توضح إجمالي وصافي أرباح الضحية وكذلك الإقتطاعات الضريبية في وقت الجريمة.
- في حال فوات ما لا يقل عن أسبوعي عمل، أرفق رسالة للطبيب يؤكد هذا الغياب وسببه.
- إذا كان الضحية يعمل لحسابه، أرفق نسخاً من عائدات ضريبة الدخل لمدة عام قبل الجريمة وعام الجريمة إن وجد.

1. اسم صاحب العمل للضحية	3. اسم المشرف		
2. عنوان شارع صاحب العمل	4. رقم هاتف المشرف		
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	5. تواريخ الغياب عن العمل بسبب الإصابات المتعلقة بالجريمة: من: _____ إلى: _____
6. اسم الطبيب الذي سيؤكد الإعاقة الطبية	7. رقم هاتف الطبيب		
8. يُرجى توضيح أي من المصادر التالية متوفرة لسداد الخسارة في الأرباح:			
<input type="checkbox"/> إعاقة طويلة أو قصيرة الأجل	<input type="checkbox"/> تعويضات العمال		
<input type="checkbox"/> الضمان الاجتماعي	<input type="checkbox"/> غير ذلك		
<input type="checkbox"/> لا يوجد			

القسم 10 - معلومات الدخل:

وضح دخل أسرتك. إذا كان والداً أو وصياً للمتوفى، فاقد الأهلية أو الضحية القاصر، أكمل هذا القسم الذي يوضح دخل مقدم الطلب.

1. دخل الأسرة السنوي - لا يمكننا قبول صفر	\$
هام: يلزم إكمال هذا القسم لجميع المتقدمين. لا يمكننا قبول صفر	

التفويض والموافقات

اسم الضحية:

يُرجى الطباعة

اسم مقدم الطلب:

يُرجى الطباعة

تحذير: يعتبر تقديم حقائق وملابسات غير صحيحة لهذه اللجنة بغرض الاحتيال أو الغش جريمة في حال كسب التعويض.

لست بحاجة إلى محامي لتقديم الادعاء. إذا كان المحامي يمثلك في هذا الدعاء، فإنه يجب على المحامي تقديم خطاب ممثل مع هذا الطلب.

يوضح توقيعك أدناه فهمك وموافقتك على ما يلي:

تفويض لإفشاء المعلومات:

إنني أفوض أي مستشفى أو طبيب أو محام أو مقدم رعاية علاجية آخر قد حضر

(اسم الضحية) أو أي مدير جنازة أو شخص آخر قدم خدمات أو أي صاحب عمل أو شرطي أو وكالة حكومية محلية أخرى بما في ذلك خدمات الإيرادات الفيدرالية أو الخاصة بالولاية أو أي شركة تأمين أو مؤسسة أخرى أن تقدم للجنة خدمات ضحايا الجرائم في ميشيغان أو ممثلها جميع المعلومات المتعلقة بالحادث الذي أدى إلى وفاة أو إصابة شخصية للضحية وطلب التعويض بما في ذلك العلاج أو التوظيف أو التأمين أو معلومات الجهة المسددة للطرف الثالث.

متطلبات إعادة السداد:

إنني أتفهم بأن السداد بموجب برامج تعويض الضحية هو السداد الأخير. إذا تسلمت مبلغاً من مصدر آخر لنفس النفقات، فإنه يحق لولاية ميشيغان المطالبة بتسديد النفقات حتى مبلغ أي تعويض تم منحه لي من خلال لجنة خدمات ضحايا الجريمة. كما أتفهم أن مقدمي الخدمات قد يتم الدفع لهم مباشرة مقابل الديون التي أدين بها.

الضائقة المالية:

إنني أتفهم أن أهليتي لتعويض ضحية الجريمة مقابل هذه الخسائر تمثل ضائقة مالية كبيرة بالنسبة لي. كما أقر بأنه ليس هناك دخل أو موارد مالية أخرى متوفرة لي. إنني أقر بأن الخسائر التي لم يتم تعويضها المطالب بها في هذا الطلب ستسبب لي ضائقة مالية كبيرة.

الإقرار:

إنني أقر بموجب عقوبة شهادة الزور بأن المعلومات الواردة في هذا النموذج صحيحة وحقيقة وكاملة على حد علمي واعتقادي.

توقيع مقدم الطلب

تاريخ التوقيع

ملاحظة: النسخة المصورة من هذا التفويض تعتبر فعالة وسارية مثل النسخة الأصلية.

يُرجى الاحتفاظ بنسخة من جميع المستندات للرجوع إليها مستقبلاً.

قم بإرسال الطلب المكتمل والموقع والمستندات الداعمة إلى:

Crime Victim Services Commission
Grand Tower, Suite 1113
235 S. Grand Avenue, PO Box 30037
Lansing, MI 48909
الفاكس: 517-373-2439

للحصول على مساعدة، اتصل على: الرقم المجاني فقط للضحية: 877-251-7373
كل ما هو غير ذلك: 517-373-7373