

DCH-0560, CRIME VICTIM COMPENSATION APPLICATION

DCH-0560-AR, طلب تقديم طالبة بتعويض للمجني عليهم في الجرائم
Michigan Department of Health and Human Services
(Revised 2-25)

يجب استكمال تعبئة الطلب بشكل كامل.

يُرجى الاتصال هاتفياً بالرقم 517-241-7373 بشأن أي سؤال قد يكون لديك حول برنامج التعويض للمجني عليهم في الجرائم.

يمكن إرسال الطلبات بعد استكمال تعبئتها عبر البريد الإلكتروني إلى MDHHS-MichiganCrimeVictim@michigan.gov أو إرسالها عبر جهاز الفاكس إلى الرقم التالي: 517-335-2439.

القسم الأول (1) - معلومات عن المجني عليه/عليها: يجب استكمال تعبئة هذا القسم للشخص المُصاب بإصابة جسدية.

1. اسم المجني عليه/عليها		2. تاريخ الميلاد		3. رقم الضمان الاجتماعي	
4. العنوان		المدينة		الولاية	
5. رقم الهاتف		6. عنوان البريد الإلكتروني			
7. الطريقة المفضلة لك للاتصال بك <input type="checkbox"/> عبر البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> عبر البريد العادي					
8. الحالة الاجتماعية <input type="checkbox"/> أعزب/عزباء <input type="checkbox"/> متزوج(ة) <input type="checkbox"/> منفصل(ة) <input type="checkbox"/> مطّوق(ة) <input type="checkbox"/> أرمل(ة)					
9. الجنس (النوع) <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير ذلك					

القسم الثاني (2) - معلومات عن المُطالب: يجب استكمال تعبئة هذا القسم للشخص المُقدّم طلباً نيابة عن المجني عليه/عليها.

10. اسم المُطالب		11. تاريخ الميلاد		12. رقم الضمان الاجتماعي	
13. العنوان		المدينة		الولاية	
14. رقم الهاتف		15. عنوان البريد الإلكتروني			
16. الطريقة المفضلة لك للاتصال بك <input type="checkbox"/> عبر البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> عبر البريد العادي					
17. الحالة الاجتماعية <input type="checkbox"/> أعزب/عزباء <input type="checkbox"/> متزوج(ة) <input type="checkbox"/> منفصل(ة) <input type="checkbox"/> مطّوق(ة) <input type="checkbox"/> أرمل(ة)					
18. الجنس (النوع) <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير ذلك					

19. علاقتك بالمجني عليه/عليها

<input type="checkbox"/> زوج(ة)	<input type="checkbox"/> والد(ة)	<input type="checkbox"/> ابن(ة)	<input type="checkbox"/> أخ/أخت
<input type="checkbox"/> جد(ة)	<input type="checkbox"/> حفيد(ة)	<input type="checkbox"/> وصي	<input type="checkbox"/> قريب بالمصاهرة
<input type="checkbox"/> عمّة/خاله	<input type="checkbox"/> عم/خال	<input type="checkbox"/> ابنة الأخ/الأخت	<input type="checkbox"/> ابن الأخ أو الأخت
<input type="checkbox"/> مقدّم العناية	<input type="checkbox"/> علاقة مواعدة	<input type="checkbox"/> أحد أفراد الأسرة المعيشية	<input type="checkbox"/> غير ذلك

20. هل كنت مُعالاً على المجني عليه المتوفى للحصول على الدعم المالي الأساسي أو لنفقة إعالة الطفل؟

نعم، المبلغ الشهري \$ لا

21. المُعالين: أدرج أسماء وتاريخ ميلاد جميع المُعالين قانونياً للمجني عليه/عليها (يجب استكمال تعبئة هذه المعلومات إذا كنت تتقدّم بطلب للحصول على فقدان الإعالة المالية)

الاسم	تاريخ الميلاد	الاسم	تاريخ الميلاد

القسم الخامس (5) - معلومات عن التعويضات والاستردادات التي أمرت بها المحكمة الجاني أن يدفعها إلى المجنى عليه (A): يجب تقديم كل المعلومات المتاحة لديك.

36. اسم الجاني (الجناة)، إذا كان معروفاً

37. هل تم اتهام الجاني (الجناة) في محكمة جنائية؟
 نعم لا

38. اسم المحكمة ورقم القضية

39. هل أمرت المحكمة الجاني (الجناة) بدفع تعويض لك؟
نعم، المبلغ \$ لا

40. هل قمت فعلاً برفع دعوى قضائية مدنية أو تنوي على القيام برفعها؟
 نعم لا

41. هل وگلت محام لرفع دعوى مدنية؟

نعم، الاسم لا

42. هل توصلت إلى تسوية؟

نعم، المبلغ \$ لا

القسم السادس (6) - استحقاقات التعويض

43. تحديد جميع استحقاقات التعويض التي تطلبها/تطلبينها

مصاريف طبية مصاريف رعاية الأسنان إرشاد نفسي فقدان الدخل من العمل الانتقال إلى مكان آخر (بشكل مؤقت) الانتقال إلى مكان آخر (بشكل دائم) أمن سكني النقل التَّكُل معدات تيسير الدخول والخروج ومعدات إعادة خدمات الاستبدال مداواة علاجية غير طبية التأهيل نفقات الجنازة والدفن تكاليف الاستبدال فقدان نفقة الإعالة إرشاد نفسي بشأن الحزن تنظيف موقع وقوع الجريمة

44. هل تكبدت أو ستتكدب/ستتكدبين خسارة لا تقل عن 200 دولار؟
 نعم لا

45. هل فقدت دخلاً من العمل لمدة لا تقل عن خمسة أيام؟
 نعم لا

46. هل كانت إصابتك ناجمة عن اعتداء جنسي؟ (قد يسري تطبيق تنازلات (إعفاءات) في هذا الصدد)
 نعم لا

47. هل أنت متقاعد/متقاعدة لأسباب عائدة إلى العمر أو الإعاقة (قد يسري تطبيق تنازلات (إعفاءات) في هذا الصدد)
 نعم لا

48. هل تعاني من صعوبات غير مبررة وتطلب مكافأة طارئة؟
 نعم لا

القسم السابع (7) - موارد تحصل/تحصلين عليها

49. قم/قومي بتحديد جميع الموارد المتاحة لك (إن وجدت) لتغطية النفقات الناجمة عن الجريمة.

تأمين صحي تأمين رعاية الأسنان/البصر استحقاقات الإعاقة من الضمان الاجتماعي Medicaid (مديكيد) تأمين ضد الإعاقة دخل تكميلي من الضمان الاجتماعي دفع حصة المشاركة الشهرية لتكاليف المديكيد إدارة المحاربين القدامى (VA) استحقاقات الموت من الضمان الاجتماعي Medicaid (مديكيد) Medicare (مديكير) تأمين مساعدة الطبيب من الولاية تأمين ضد الإعاقة والعجز لفترة طويلة أو قصيرة دعوى مدنية تأمين تعويض العمال تأمين مالك المنزل/المستأجر تأمين على السيارات تأمين ضد الإعاقة والعجز لفترة طويلة أو قصيرة دعوى مدنية تعويض عن الخسارة المالية تأمين على الحياة الإغاثة الطارئة من الولاية غير ذلك

50. هل تلقيت رعاية خيرية أو تبرعات أو تسويات وما إلى ذلك من أي مصدر آخر؟
 نعم لا

51. هل يتطلّب الأمر إلى الخضوع لعلاج إضافي؟

نعم، يُرجى توضيح ذلك. لا

52. اسم شركة التأمين الرئيسية للرعاية الطبية/رعاية الأسنان

القسم الثامن (8) - فقدان الدخل من العمل والتَّكُل

53. اسم صاحب العمل

54. عدد الأيام التي تغيبت فيها عن العمل بسبب الجريمة

55. هل أنت في الوقت الحاضر عاجزاً/عاجزة عن العمل بسبب الجريمة؟

لا نعم

إعطاء الإذن والموافقة

تحذير: إن تقديم حقائق وظروف كاذبة إلى هذه اللجنة، بقصد الاحتيال أو الغش، قد تكون جريمة إذا تمّ منحك التعويض.

لا تحتاج/تحتاجين إلى محام لتقديم المطالبة. إذا قام محام بتمثيلك في هذه المطالبة، فيجب على المحامي تقديم خطاب إثبات المشاركة في المطالبة (Letter of Appearance) وإرفاقه بهذا الطلب.

إن توقيعك أدناه يمثل فهمك وموافقتك على التالي:

إعطاء الإذن للإفصاح عن المعلومات

أعطي الإذن لأي مستشفى أو طبيب أو مرشد نفسي أو غيرهم من مقدّمي خدمات العلاج الذين كانوا مسؤولين عن علاج

(اسم المَجني عليه/عليها)؛ وكلّ مدير شؤون الجنازات أو أي شخص آخر

قام بتقديم الخدمات، وأي وكالة شرطة أو أي وكالة حكومية أخرى، بما في ذلك مصلحة الضرائب الولاية والفيديرالية، أو أي شركة تأمين أو منظمة أخرى لديها معرفة بهذا الأمر، لتزويد Michigan Crime Victim Services Commission (لجنة خدمات المَجني عليهم في الجرائم لولاية ميشيغان)، أو ممثلها، بجميع المعلومات المتعلقة بالواقعة التي أدت إلى إصابة المَجني عليه/عليها إصابة جسدية أو وفاته/وفاتها، والمعلومات المتعلقة بالمطالبة للتعويض، بما في ذلك العلاج أو العمل أو الدفع المُسدّد من جهات خارجية.

متطلبات السداد

أفهم أن الدفع من قبل Victim Compensation Program (برنامج تعويض المَجني عليهم في الجرائم) هو الملتجئ الأخير للدفع. وإذا تَلَقَّيتُ دفعة من مصدر آخر لنفس النفقات التي قام البرنامج بدفعها لي، فإنه يحق لـ State of Michigan (ولاية ميشيغان) أن يُسدد لها ما يصل إلى قيمة المبلغ بأكمله لأي تعويض مُنح لي من خلال لجنة خدمات المَجني عليهم في الجرائم لولاية ميشيغان. كما أدرك أنه قد يتمّ الدفع لمقدّمي الخدمات والرعاية مباشرة للديون المستحقة لهم دفعها.

إقرار

أقرّ تحت طائلة عقوبة الزور بأن المعلومات الواردة في هذا النموذج هي معلومات صادقة وصحيحة وكاملة على أفضل وجه من معرفتي واعتقادي.

توقيع صاحب المطالبة

تاريخ التوقيع

أرسلوا الطلب بعد استكمال تعبئته بشكل كامل وتوقيعه وإرفاق كافة الوثائق الداعمة به بالبريد الإلكتروني أو الفاكس أو البريد العادي.

احفظوا بنسخة من جميع الوثائق لسجلاتكم الخاصة.

لاستفساراتكم وطلب المساعدة، يجب على المَجني عليهم الاتصال هاتفياً بالخط المخصص لهم على الرقم 877-251-7373 وعلى كافة الآخرين الاتصال هاتفياً بالرقم 517-241-7373.

The Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) does not discriminate against any individual or group on the basis of race, national origin, color, sex, disability, religion, age, height, weight, familial status, partisan considerations, or genetic information. Sex-based discrimination includes, but is not limited to, discrimination based on sexual orientation, gender identity, gender expression, sex characteristics, and pregnancy.

Further, MDHHS:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats); and
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact the Section 1557 Coordinator. The contact information is found below.

If you believe that MDHHS has not provided the above services, or discriminated in another way, you can file a grievance with the Section 1557 Coordinator. You can file a grievance by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Section 1557 Coordinator is available to help you.

MDHHS Section 1557 Coordinator
 Compliance Office, Suite 411
 PO Box 30037
 Lansing, MI 48909

517-284-1018 (Main), (TTY number—if covered entity has one), 517-335-6146 (Fax),
MDHHS-Section-1557@michigan.gov (Email).

You can also file a civil rights complaint with the responsible federal agency.

<p>If your grievance or complaint is about your Medicaid application, benefits or services you can file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services at https://bit.ly/2pBS4YG, or by mail or phone at:</p> <p>U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)</p> <p>Complaint forms are available at https://bit.ly/2IKsHMS.</p>	<p>If your grievance or complaint is about your application for or current food assistance benefits, you can file a discrimination complaint with the U.S. Department of Agriculture (USDA) Program by:</p> <p>Completing a Complaint Form, (AD-3027) found online at: https://bit.ly/2g9zzpU or at any USDA office, or write a letter addressed to USDA at the address below. In your letter, provide all the information requested in the form.</p> <p>To request a copy of the complaint form, call 866-632-9992. Send your completed form or letter to USDA by mail: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410</p> <p>Fax: 202-690-7442; or Email: program.intake@usda.gov</p>
---	---

MDHHS is an equal opportunity provider.

DCH-0560-AR (Rev. 2-25) Previous edition may be used.