

पत्राचार ठेगाना:
पोस्ट बक्स न. 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

सडक ठेगाना:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

फोन, फ्याक्स र इमेल:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (फ्याक्स)

वेबसाइट: www.pcv.pccd.pa.gov

ra-davesupport@pa.gov

तपाईं कि त यो फाराम पूरा गरेर माथि उल्लेख गरिएको ठेगानामा पत्राचार गर्न सक्नुहुन्छ वा त <https://www.dave.pa.gov> मा गएर अनलाइनबाट पेस गर्न सक्नुहुन्छ ।

पीडित क्षतिपूर्ति सहायता कार्यक्रमको संक्षिप्त फाराम

अपराधबाट प्रभावित व्यक्ति बन्ने कुराले कहिलेकाहीँ भावविह्वल बनाउन सक्छ । कृपया समय लिएर दाबी फाराम पूरा गर्नुहोस् । यो फाराम भर्नुअघि कृपया तल दिइएको जानकारी ध्यानपूर्वक र राम्रोसँग पढ्नुहोस् किनभने यो जानकारी दाबी दायर गर्ने सम्बन्धमा महत्त्वपूर्ण छ ।

तपाईं निम्न अवस्थामा क्षतिपूर्ति प्राप्त गर्न योग्य बन्न सक्नुहुन्छ:

- अपराध Pennsylvania मा घटेको छ भने
- घटनाको बारेमा उपयुक्त निकायहरूलाई जानकारी गराइएको छ भने ।
- तपाईंले दाबीलाई अगाडि बढाउने कुरामा अपराध अनुसन्धान गरिरहेको कानून कार्यान्वयन गर्ने निकाय, अदालत, पीडित क्षतिपूर्ति सहायता कार्यक्रमलाई सहयोग गर्नुभएको छ भने (केही अपवादहरू लागू हुन्छन्) ।
- दाखिलाको समयसीमा लागू हुनसक्छ । दाखिलासम्बन्धी आवश्यकताहरूको बारेमा थप जानकारी प्राप्त गर्न कृपया www.pcv.pccd.pa.gov मा जानुहोस् वा 1-800-233-2339 मा फोन गर्नुहोस् ।
- न्यूनतम क्षतिसम्बन्धी आवश्यकताहरू लागू हुनसक्छ । दाखिलासम्बन्धी आवश्यकताहरूको बारेमा थप जानकारी प्राप्त गर्न www.pcv.pccd.pa.gov मा जानुहोस् वा 1-800-233-2339 मा फोन गर्नुहोस् ।

तपाईंलाई निम्न कुराहरूका लागि क्षतिपूर्ति प्रदान गर्न सकिन्छ:

चिकित्सा खर्च	यातायात खर्च
परामर्श खर्च	बाल हेरचाह
कमाइको नोक्सानी	घरको औषधि उपचारको खर्च
समर्थनको क्षति	चोरी भएको नगद (यदि तपाईंको आयको मुख्य स्रोत सामाजिक सुरक्षा अवकाश भत्ता, अपाङ्गता भत्ता, पूरक आय, मृतकका परिवारले प्राप्त गर्ने भत्ता, निवृत्तभरण/पेन्सन, अपाङ्गता वा अदालती आदेश अनुसार बच्चा/पति/पत्नीले प्राप्त गर्ने समर्थन हो भने)
स्थानान्तरण खर्च	
अन्त्येष्टि खर्च	
अपराध स्थलको सफाइ	

समग्रमा राहत रकम \$35,000 भन्दा बढी हुनेछैन, यद्यपि, परामर्श तथा अपराध स्थलको सफाइ जस्ता केही निश्चित लाभहरूका लागि अधिकतम रकमभन्दा बढी र माथिको रकम भुक्तानी गर्न सकिन्छ । मौद्रिक सीमा अधिकांश लाभहरूमा लागू हुन्छ ।

यो कार्यक्रमले निम्न विषयहरूलाई समेट्दैन

- दुःख तथा पीडा ।
- चोरी वा क्षति भएको सम्पत्ति (चोरी वा क्षति भएको चिकित्सा उपकरणको प्रतिस्थापन बाहेक) ।

पीडितको व्यवहार चोटपटकको कारणको हिस्सा बनेको खण्डमा दाबी अयोग्य ठहरिन सक्छ, वा राहत रकम घटाउन सकिन्छ ।

पीडित क्षतिपूर्ति सहायता कार्यक्रमको संक्षिप्त फाराम

तपाईंले कार्यक्रमलाई सहयोग गर्नुभयो र पूर्ण तथा सही जानकारी पेस गर्नुभयो भने, यसले हामीलाई तपाईंको दाबीलाई समयमै अगाडि बढाउन सहयोग गर्नेछ ।

महत्त्वपूर्ण सूचना: तपाईंले दाबी दायर गर्न मुद्दाको सुनवाई समाप्त नभएसम्म वा तपाईंका सबै बिलहरू प्राप्त नभएसम्म पर्खनु पर्दैन । कुनै ज्ञात कसूरदार छैन वा कुनै पनि व्यक्तिलाई पक्राउ गरिएको छैन भने तपाईं दाबी दायर गर्न सक्नुहुन्छ ।

तपाईंको दाबी पेस गर्नका लागि साधारण निर्देशनहरू:

- कृपया स्पष्टसँग लेख्नुहोस् ।
- आफ्नो दाबीमा लागू हुने खण्डहरू मात्र पूरा गर्नुहोस् ।
- सही पत्राचार ठेगाना, सुरक्षित फोन नम्बर वा इमेल ठेगाना प्रदान गर्नुहोस् जहाँ तपाईंलाई दिवा समयमा सम्पर्क गर्न सकियोस् । तपाईंले आफ्नो पत्राचार ठेगाना, फोन नम्बर वा इमेल ठेगाना परिवर्तन गर्नुभएको खण्डमा कार्यक्रमलाई सूचित गर्नु महत्त्वपूर्ण हुन्छ । तपाईंको दाबीलाई अगाडि बढाउन, हामी तपाईंलाई सम्पर्क गर्न सक्षम हुनु पर्दछ ।
- आफ्नो दाबी दायर गर्दा अनुरोध गरिएका कागजातहरू जति सक्नुहुन्छ त्यति धेरै प्रदान गर्नुहोस् । तपाईंसँग सबै आवश्यक कागजातहरू नभए पनि तपाईं आफ्नो दाबी पेस गर्न सक्नुहुन्छ । कार्यक्रमले दाबी प्राप्त भएपछि थप जानकारी अनुरोध गर्नसक्छ ।
- दाबी फारामको पछाडि भएको **स्वीकृति तथा क्षतिपूर्ति सम्झौता तथा जानकारी प्राप्त गर्न दिने अनुमति र HIPPA सँग सम्बन्धित अनुमति तथा खुलासा सम्झौता** (लागू हुन्छ भने) खण्डमा हस्ताक्षर गर्नुहोस् ।
- यदि तपाईं आफ्नो दाबी दायर गर्न सहयोग चाहनुहुन्छ भने तपाईं यस फारामको पछाडि उल्लेख गरिएको पीडित सेवा कार्यक्रमलाई सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ । यदि कुनै पनि एजेन्सीको नाम उल्लेख गरिएको छैन भने, तपाईं Victims Compensation Assistance Program (पीडित क्षतिपूर्ति सहायता कार्यक्रम) लाई (800) 233-2339 मा सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ ।

Victims Compensation Assistance Program (पीडित क्षतिपूर्ति सहायता कार्यक्रम) अन्तिम उपायको भुक्तानीकर्ता हो । यसको मतलब तपाईंले प्राप्त गर्ने राहत रकमबाट तपाईंले अपराधको परिणाम स्वरूप कुनै अन्य स्रोतबाट, जस्तै बीमा, क्षतिपूर्ति, र देवानी मुद्दाको सम्झौताबाट प्राप्त गर्नुभएको रकमका साथै दुःख तथा पीडाका लागि प्राप्त गर्नुभएको रकम घटाइनेछ ।

हामी सकेसम्म चाँडो र प्रभावकारी रूपमा तपाईंको दाबीलाई अगाडि बढाउन हरसम्भव प्रयास गर्नेछौं ।

तपाईं निम्न कुराहरूको बारेमा थप जानकारी प्राप्त गर्न <https://www.pcv.pccd.pa.gov/> मा जान सक्नुहुन्छ:

तपाईंका अधिकारहरू
तपाईंको काउन्टीमा सहयोग कसरी प्राप्त गर्ने
तपाईंलाई अपराधले कसरी असर गर्छ
फौजदारी तथा किशोर न्याय प्रणालीका चरणहरू
र अन्य महत्त्वपूर्ण जानकारी

पीडित क्षतिपूर्ति सहायता कार्यक्रमको संक्षिप्त फाराम दाबी # _____

पीडितसँग सम्बन्धित जानकारी

नाम _____ जन्ममिति ____/____/____ सामाजिक सुरक्षा नम्बर # _____
ठेगाना _____ सहर _____ राज्य _____ जिल्ला कोड _____
काउन्टी _____ दिवा समयको फोन _____ इमेल _____

दाबीकर्तासँग सम्बन्धित जानकारी पीडित दाबीकर्ता हुन् भने, यहाँ चिन्ह लगाउनुहोस्: दाबीकर्ताको उमेर 18 वर्ष वा माथि हुनु पर्दछ ।

नाम _____ जन्ममिति ____/____/____ सामाजिक सुरक्षा नम्बर # _____
ठेगाना _____ सहर _____ राज्य _____ जिल्ला कोड _____
काउन्टी _____ दिवा समयको फोन _____ इमेल _____
पीडितसँगको सम्बन्ध _____

अपराधसँग सम्बन्धित जानकारी

अपराध भएको मिति ____/____/____ प्रहरीलाई जानकारी गराइएको वा PFA दायर गरिएको मिति ____/____/____
के यो काममा भएको थियो ? हो होइन के चोटपटक मोटर वाहनका कारण लागेको थियो ? हो होइन
अपराध स्थल (सडक ठेगाना तथा नम्बर) _____
सहर _____ राज्य _____ काउन्टी _____
प्रहरी विभाग _____ प्रहरी घटना संख्या _____
अपराध गर्ने व्यक्ति (हरू) _____
अपराध र चोटपटकको बारेमा संक्षेपमा वर्णन गर्नुहोस्: _____

कृपया आफूले आवेदन दिइरहेको लाभहरूका लागि खण्ड(हरू) पूरा गर्नुहोस् र अहिलेको समयमा अनुरोध गरिएका कागजातहरू जति धेरै सक्नुहुन्छ त्यति धेरै प्रदान गर्नुहोस् । कार्यक्रमले दाबी प्राप्त भएपछि थप जानकारी अनुरोध गर्न सक्छ ।

लाभ: चिकित्सा/परामर्श खर्च

के तपाईंले चिकित्सा खर्च व्यहोर्नुभयो ? हो होइन के तपाईंले परामर्श खर्च व्यहोर्नुभयो ? हो होइन
के तपाईंसँग आफ्नो चिकित्सा/परामर्श खर्च बहन गर्ने बीमा छ ? हो होइन
लागू हुन्छ भने, वस्तुवद्ध चिकित्सा वा परामर्श बिलहरू र बीमा लाभ विवरण प्रदान गर्नुहोस् ।

लाभ: अन्त्येष्टि खर्च/समर्थनको क्षति

के तपाईंले अन्त्येष्टि खर्च व्यहोर्नुभयो ? हो होइन
के तपाईंले मृत्युको कारण कुनै रकम प्राप्त गर्नुभयो ? (जीवन बिमा, सामाजिक सुरक्षा मृत्यु लाभ) हो होइन
के तपाईं वा अन्य व्यक्ति मृतक पीडितमा आर्थिक रूपमा निर्भर हुनुहुन्थ्यो ? हो होइन
लागू हुन्छ भने, अन्त्येष्टि बिल/रसिद तथा प्राप्त गरेको कुनै पनि लाभ विवरणको वस्तुवद्ध प्रतिलिपिहरू प्रदान गर्नुहोस् ।

लाभ: कमाइको नोक्सानी

तपाईंले काम छुटाएको मिति ____/____/____ रोजगारदाताकोम तथा ठेगाना: _____
तपाईंले अपराधको कारण काम छुटाउनुभयो भनेर प्रमाणित गर्न सक्ने चिकित्सकको नाम र ठेगाना _____

लाभ: चोरी भएको नगद

चोरी भएको रकम ? \$ _____ चोरी भएको नगदको लागि दाबी दायर गर्नको लागि निम्न लाभहरू मध्ये कुनै लाभ तपाईंको आयको मुख्य स्रोत हुनुपर्छ । उपयुक्त विकल्पमा चिन्ह लगाउनुहोस् ।
 सामाजिक सुरक्षा लाभ निवृत्तिभरण/पेन्सन अपाङ्गता वा अदालती आदेश अनुसार बच्चा/पति/पत्नीलाई दिइने समर्थन
के तपाईंसँग घरधनी/भाडामा लिने व्यक्तिको बीमा छ ? हो होइन के तपाईंले IRS कर विवरण दायर गर्नु जरुरी छ ? हो होइन
यदि उपयुक्त हुन्छ भने, अपराधको महिना/वर्षको लागि तपाईंको Monthly Benefit Statement (मासिक लाभ विवरण) को प्रतिलिपि, बीमा घोषणा पृष्ठ र अन्तिम कर विवरण प्रदान गर्नुहोस् ।

लाभ: स्थानान्तरण, अपराध स्थलको सफाइ, यातायात खर्च

अपराधका कारण तपाईं स्थानान्तरण हुनुपर्यो ? हो होइन तपाईंले अपराध स्थलको सफाइ खर्च व्यहोर्नुभयो ? हो होइन
तपाईंले यातायात खर्च व्यहोर्नुभयो ? हो होइन

अरूद्वारा गरिने प्रतिनिधित्व

यस मुद्दाका सम्बन्धमा कुनै कसिले तपाईंको प्रतिनिधित्व गरेका छन्: क्षतिपूर्तिको दाबी दायर गर्दा ? हो होइन
देवानी मुद्दामा ? हो होइन बिमासँग सम्बन्धित कारबाहीमा ? हो होइन

पीडित सहायता कार्यक्रमको बारेमा जानकारी

आफ्नो दाबी दायर गर्न सहयोगको लागि, कृपया यहाँ उल्लेख गरिएको एजेन्सीलाई कल गर्नुहोस् । कुनै एजेन्सी उल्लेख गरिएको छैन, सहयोगको लागि 800-233-2339 मा फोन गर्नुहोस् ।

स्वीकृति तथा क्षतिपूर्ति सम्झौता तथा जानकारी प्राप्त गर्न दिने अनुमति

दाबी प्रमाणित गर्नु र भुक्तानीको लागि अगाडि बढाउनुअघि स्वीकृति तथा क्षतिपूर्ति सम्झौता तथा जानकारी प्राप्त गर्न दिने अनुमतिमा हस्ताक्षर गर्नु पर्दछ ।

स्वीकृति तथा क्षतिपूर्ति सम्झौता: मेरो दाबी स्वीकृत गर्ने निर्णय कार्यक्रमको हो । म निर्णय भएको मितिले 30 दिन भित्र लिखित रूपमा कार्यक्रमको निर्णयको सबै वा आंशिक भागमा आपत्ति जनाउन सक्छु । मैले आफ्नो क्षतिको सही रकम प्रमाणित गर्नुपर्छ । त्यसपछि मात्र कार्यक्रमले अपराध पीडित क्षतिपूर्ति कोषबाट क्षतिपूर्ति दिने कुराको बारेमा विचार गर्नेछ । मपछि गएर अपराधसम्बन्धी कुनै पनि अतिरिक्त खर्चको लागि क्षतिपूर्तिको दाबी दायर गर्न सक्छु । यदि मैले कानून कार्यान्वयन गर्ने एजेन्सीहरू, अदालतहरू र कार्यक्रमलाई पूर्ण रूपमा सहयोग गरिन वा कार्यक्रमसँग मान्य ठेगाना कायम गरिन भने मेरो दाबी अस्वीकार हुन सक्छ । झूटो दाबी गर्नु भनेको Crime Victims Act (अपराधबाट पीडित व्यक्तिहरूसँग सम्बन्धित ऐन) को 18 P.S. § 11.1303 अन्तर्गत फौजदारी अपराध हुनेछ । यस दाबी फाराममा कार्यक्रमलाई झुक्काउने उद्देश्यले झूटो बयान दिनु भनेको 18 Pa. C.S. § 4904, झूटा विवरण अन्तर्गत फौजदारी अपराध हुनेछ । कार्यक्रम क्षतिपूर्ति प्रदान गर्न जुन व्यहोरामा भर गर्छ, त्यस्तो व्यहोरा झूटो दिनु भनेको 18 Pa.C.S. § 3922, धोकाद्वारा चोरी अन्तर्गत फौजदारी अपराध मानिन्छ ।

मैले बुझेको छु कि अपराध पीडित क्षतिपूर्ति कोष अन्तिम उपायको भुक्तानीकर्ता हो । मैले अपराधको परिणामस्वरूप अन्य कुनै पनि श्रोतबाट प्राप्त गर्न सक्ने रकम छ र त्यसको बारेमा पहिल्यै विचार गरिएको थिएन भने, म विशेषगरी कार्यक्रमलाई त्यस्तो रकमको बारेमा जानकारी गराउन र Commonwealth लाई राहत रकमको सीमासम्मको रकम फिर्ता तिर्न सहमत छु । अर्थात्, म, आफूले व्यहोरेको चोटपटकका लागि क्षतिपूर्ति प्रदान गर्ने र यो दाबीको आधार बनेको अपराधबाट उत्पन्न भएको, बीमा नीतिबाट प्राप्त आय, र साथै देवानी मुद्दाबाट प्राप्त राहत वा सम्झौता रकम सहित अपराधी वा अन्य कुनै व्यक्ति वा स्रोतबाट प्राप्त गरेको रकम फिर्ता तिर्न सहमत छु । कुनै पनि समयमा दाबी त्रुटि, झूटा वा ठगी हो भनेर निर्धारण गरिएको खण्डमा, म कार्यक्रमले भुक्तानी गरेको सबै रकम कार्यक्रमलाई फिर्ता गर्न पनि सहमत छु ।

जानकारी प्राप्त गर्न दिने अनुमति: म यस अनुमति मार्फत कुनै पनि अन्येष्टि निर्देशक वा सम्बन्धित सेवाहरू प्रदान गरेका अन्य व्यक्ति, पीडित वा दाबीकर्ताको कुनै पनि रोजगारदाता, राज्य वा संघीय कर प्राधिकरणहरू सहित कुनै पनि प्रहरी वा सरकारी एजेन्सी, कुनै पनि बीमा कम्पनी, वा सम्बन्धित ज्ञान भएको कुनै पनि संस्थालाई Office of Victims' Services (पीडितहरूसँग सम्बन्धित सेवाको कार्यालय), पीडित क्षतिपूर्ति सहायता कार्यक्रमलाई यो दाबीको आधार बनेको अपराधका सम्बन्धमा उनीहरूसँग भएको कुनै पनि वा सबै सूचना प्रदान गर्न अनुमति दिन्छु ।

दाबीकर्ताको हस्ताक्षर _____ मिति _____

HIPAA सँग सम्बन्धित अनुमति तथा खुलासा सम्झौता

यदि चिकित्सा वा परामर्श खर्चको लागि आवेदन दिइरहेको हो भने, दाबी प्रमाणीकरण प्रक्रिया सुरु हुनुअघि यो स्वीकृतिमा हस्ताक्षर गर्नु पर्दछ ।

म यस अनुमति मार्फत HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act, 42 U.S.C. § 1320d, et seq.) अन्तर्गत रहेको गोपनीयता नियमावलीहरू बमोजिम, _____ (पीडितको स्पष्टसँग लेखिएको नाम) को हेरचाह, जाँच वा उपचार गर्ने कुनै पनि अस्पताल, चिकित्सक, स्वास्थ्यसेवा प्रदायक वा अन्य व्यक्तिलाई Office of Victims' Services, पीडित क्षतिपूर्ति सहायता कार्यक्रमलाई यो दाबीको आधार बनेको अपराधका सम्बन्धमा उनीहरूसँग भएको कुनै पनि वा सबै सूचना प्रदान गर्न अनुमति दिन्छु । यस अनुमतिका प्रतिलिपिहरू सक्कलको सट्टामा प्रयोग गर्न सकिन्छ । ** मैले बुझेको छु कि म कुनै पनि समयमा Office of Victims' Services, पीडित क्षतिपूर्ति सहायता कार्यक्रमलाई लिखित, दिनाङ्कित अनुरोध पेश गरेर यो अनुमति रद्द गर्न सक्छु । यसबाहेक, यो अनुमति तल मैले हस्ताक्षर गरेको मिति वा दाबी बन्द भएको मितिमा, जुन चाँडो आउँछ त्यही समयदेखि समाप्त हुन्छ ।

दाबीकर्ताको हस्ताक्षर _____ मिति _____

पीडितसँग सम्बन्धित तथ्याङ्कीय जानकारी

यो खण्ड पूरा गर्ने कुरा पूर्ण रूपमा ऐच्छिक छ । तल दिइएको जानकारी तथ्याङ्कीय प्रयोजनको लागि मात्र प्रयोग गरिन्छ ।

नस्ल/जातीयता: श्वेत कालो/अफ्रिकी अमेरिकी हिस्पेनिक/ल्याटिनो अमेरिकी इन्डियन/अलास्काका मूलवासी
 एसियाली मूलवासी हवाईयन/अन्य प्रशान्त टापुवासी कुनै अन्य जातीयता विभिन्न जातीयता

लिङ्ग: _____ मुख्य भाषा: _____

तपाईंले कार्यक्रमको बारेमा कसरी थाहा पाउनुभयो: अस्पताल अभियोजक ब्रोशर प्रहरी वेबसाइट/एप
 पीडितसँग सम्बन्धित सेवा प्रदान गर्ने कार्यक्रम अन्य

पत्राचार ठेगाना

PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

इमेल
ra-davesupport@pa.gov

सडक ठेगाना

3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

वेबसाइट
www.pcv.pccd.pa.gov

फोन र फ्याक्स नम्बर

800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (फ्याक्स)

<https://www.dave.pa.gov> मा गएर
अनलाइनबाट दायर गर्नुहोस्