

DCH-0560, CRIME VICTIM COMPENSATION APPLICATION

طلب تقديم مطالبة بتعويض للمجني عليهم في الجرائم

Michigan Department of Health and Human Services

(Revised 8-23)

يجب استكمال تعبئة الطلب بشكل كامل.

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

القسم الأول (1) - معلومات عن المَجني عليه/عليها: يجب استكمال تعبئة هذا القسم للشخص المُصاب بإصابة.			
1. اسم المَجني عليه/عليها		2. تاريخ الميلاد	
3. رقم الضمان الاجتماعي			
4. العنوان	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
5. رقم الهاتف		6. عنوان البريد الإلكتروني	
7. الحالة الاجتماعية			
[] أعزب/عزباء [] متزوج(ة) [] منفصل(ة) [] مطلق(ة) [] أرمل(ة)			
8. الجنس			
[] أنثى [] غير ذلك			
القسم الثاني (2) - معلومات عن المُطالب			
9. اسم المُطالب		10. تاريخ الميلاد	
11. رقم الضمان الاجتماعي			
12. العنوان	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
13. رقم الهاتف		14. عنوان البريد الإلكتروني	
15. الحالة الاجتماعية			
[] أعزب/عزباء [] متزوج(ة) [] منفصل(ة) [] مطلق(ة) [] أرمل(ة)			
16. الجنس			
[] أنثى [] غير ذلك			
17. علاقتك بالمَجني عليه/عليها			
[] زوج(ة) [] والد(ة) [] ابن(ة) [] أخ/أخت			
[] جد(ة) [] حفيد(ة) [] وصي [] قريب بالمصاهرة			
[] عمّة/خاله [] عم/خال [] ابنة الأخ/الأخت [] ابن الأخ أو الأخت			
[] المعنتي(ة) به/بها [] علاقة مواعدة [] أحد أفراد الأسرة المعيشية [] غير ذلك			
18. هل كنت مُعالاً على المَجني عليه المتوفى للحصول على الدعم المالي الأساسي أو نفقة إعالة الطفل؟			
نعم، المبلغ الشهري \$ [] لا			
19. المُعالين: أدرج أسماء وتاريخ ميلاد جميع المُعالين القانونيين للمَجني عليها/عليها (يجب استكمال تعبئة هذه المعلومات إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على فقدان الإعالة المالية)			
الاسم	تاريخ الميلاد	الاسم	تاريخ الميلاد

القسم الثالث (3) - معلومات إحصائية: إن استكمال تعبئة هذا القسم طوعي وعائد لك كلياً.

20. أخبرنا كيف تعرّفت للمرة الأولى عن برنامج تعويض المَجني عليهم في الجرائم (Crime Victims Compensation Program).

- | | | | |
|--|---|----------------------|---|
| المَدعي العام | [| مقدّم الرعاية الطبية | [|
| وسائل الإعلام، منشورات ورقية أو ملصقات | [| الشرطة/الشريف | [|
| أحد الأصدقاء/المعارف | [| غير ذلك | [|

21. الخلفيّة العرقية/الأثنية

- | | | | |
|-----------------------------|---|----------------------------------|---|
| أمريكي من الهنود الأمريكيين | [| من أصول عرقية متعددة | [|
| هسباني أو لاتيني | [| أمريكي أسود/أفريقي | [|
| آسيوي | [| من سكان ألاسكا الأصليين | [|
| | [| أبيض غير لاتيني/قوقازي | [|
| | [| من سكان هاواي أو إحدى جزر المحيط | [|
| | [| الباسيفيكي الأخرى الأصليين | [|

22. إذا كان المَجني عليه مُعاقاً، فيُرجى وضع علامة واحدة في أحد المربعين قبل وقوع الجريمة بسبب هذه الجريمة

القسم الرابع (4) - معلومات عن الجريمة: يجب استكمال تعبئة هذا القسم وتقديم نسخة من محضر الشرطة وذلك إذا كان متاحاً لك الحصول عليه.

23. نوع الجريمة (ضع علامة واحدة فقط في إحدى المربعات)

- | | | | |
|-----------------------------------|---|--------------------------------|---|
| قتل | [| اعتداء جسدي | [|
| جريمة ناجمة عن سيطرة مركبة (أخرى) | [| سطو بالقوة والتهديد | [|
| سطو المباني/البيوت | [| اعتداء جنسي | [|
| انتهاك و/أو إهمال حرمة الطفل | [| استغلال الأولاد في مواد إباحية | [|
| الاتجار بالبشر | [| إرهاب/عنف جماعي | [|
| خطف | [| تنمّر | [|
| جرائم احتيال مالية | [| غير ذلك | [|
| | [| السيطرة في حالة سكر (DWI/DUI) | [|
| | [| حريق متعمّد | [|
| | [| مطاردة | [|
| | [| اعتداء جنسي على طفل | [|
| | [| انتهاك حرمة المسنّن | [|
| | [| جريمة كراهية | [|

24. هل كان مسبّب الإصابة زوج(ة) المَجني عليه(ا)، أو زوجها/زوجته السابقة، أو في علاقة مواعدة مع المَجني عليه(ا)، أو شخص له/لها طفل مع المَجني عليه(ا)، أو أحد يعيش، أو كان يعيش في منزل المَجني عليه(ا)؟ (لن يؤثر ذلك على أهلية استحقاقك للمطالبة بتعويض). نعم لا

25. تاريخ وقوع الجريمة

26. تاريخ الإبلاغ عن الجريمة

27. اسم وكالة إنفاذ القانون التي تمّ إبلاغها عن الجريمة

28. المقاطعة التي وقعت الجريمة فيها

29. مكان وقوع الجريمة

30. رقم الواقعة

31. صف بايجاز الجريمة والإصابات الناجمة عن هذه الجريمة

32. إذا لم يتمّ إبلاغ وكالة إنفاذ القانون عن الجريمة، فيُرجى توضيح الأسباب التي دعت إلى ذلك (قد يسري تطبيق التنازلات (الإعفاءات) في هذا الصدد)

33. إذا لم يتمّ/تقومى بإيداع هذه المطالبة في غضون خمس سنوات (5) من تاريخ وقوع الجريمة، فيُرجى توضيح الأسباب التي دعت إلى ذلك التأخير (قد يسري تطبيق التنازلات (الإعفاءات) في هذا الصدد)

القسم الخامس (5) - معلومات عن التعويضات والاسترداد التي أمرت بها المحكمة الجنائي أن يدفعها إلى المجنى عليه: يجب تقديم كل المعلومات المتاحة لك.

34. اسم الجاني (الجناة)، إذا كان معروفاً

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

36. اسم المحكمة ورقم القضية

37. هل أمرت المحكمة الجنائي (الجناة) بدفع تعويض لك؟

نعم، المبلغ \$ [لا

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

39. هل وُكِّلت محام لرفع دعوى مدنية؟

نعم، Name [لا

40. هل توصلت إلى تسوية؟

نعم، المبلغ \$ [لا

القسم السادس (6) - استحقاقات التعويض

41. تحديد جميع استحقاقات التعويض التي تطلبها/تطلبينها

<input type="checkbox"/>	مصاريف طبية	<input type="checkbox"/>	مصاريف طب الأسنان	<input type="checkbox"/>	إرشاد نفسي
<input type="checkbox"/>	فقدان الدخل من العمل	<input type="checkbox"/>	الانتقال إلى مكان آخر (بشكل مؤقت)	<input type="checkbox"/>	الانتقال إلى مكان آخر (بشكل دائم)
<input type="checkbox"/>	الأمن السكني	<input type="checkbox"/>	النقل	<input type="checkbox"/>	حالة الحداد
<input type="checkbox"/>	معدات تيسير الدخول والخروج ومعدات إعادة التأهيل	<input type="checkbox"/>	استبدال الخدمات	<input type="checkbox"/>	مداواة علاجية غير طبية
<input type="checkbox"/>	نفقات الجنازة والدفن	<input type="checkbox"/>	تكاليف الاستبدال	<input type="checkbox"/>	فقدان نفقة الإعالة
<input type="checkbox"/>	الإرشاد النفسي بشأن الحزن	<input type="checkbox"/>	تنظيف موقع وقوع الجريمة		

42. هل تكبدت أو ستتكدب خسارة لا تقل عن 200 دولار؟ نعم لا

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

44. هل كانت إصابتك ناجمة عن اعتداء جنسي؟ (قد يسري تطبيق التنازلات (الإعفاءات) في هذا الصدد) نعم لا

45. هل أنت متقاعد/متقاعدة لأسباب عائدة إلى العمر أو الإعاقة (قد يسري تطبيق التنازلات (الإعفاءات) في هذا الصدد) نعم لا

القسم السابع (7) - موارد تحصل/تحصلين عليها

46. تحقق من جميع الموارد المالية المتاحة لك (إن وجدت) لتغطية النفقات الناجمة عن الجريمة.

<input type="checkbox"/>	تأمين صحي	<input type="checkbox"/>	تأمين الأسنان/البصر	<input type="checkbox"/>	استحقاقات الإعاقة من الضمان الاجتماعي
<input type="checkbox"/>	Medicaid (مديكيد)	<input type="checkbox"/>	تأمين ضد الإعاقة والعجز	<input type="checkbox"/>	دخل تكميلي من الضمان الاجتماعي
<input type="checkbox"/>	Medicaid (مديكيد مع الخصم الشهري)	<input type="checkbox"/>	إدارة المحاربين القدامى (VA)	<input type="checkbox"/>	استحقاق المتوفي من الضمان الاجتماعي
<input type="checkbox"/>	Medicare (مديكير)	<input type="checkbox"/>	تأمين مالك المنزل/المستأجر	<input type="checkbox"/>	تأمين تعويض العمال
<input type="checkbox"/>	المساعدة الطبية من الولاية	<input type="checkbox"/>	تأمين ضد الإعاقة والعجز لفترة طويلة/قصيرة	<input type="checkbox"/>	التأمين على السيارات
<input type="checkbox"/>	تأمين على الحياة	<input type="checkbox"/>	دعوى مدنية	<input type="checkbox"/>	تعويض عن الخسارة المالية
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	الإغاثة الطارئة من الولاية	<input type="checkbox"/>	غير ذلك

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

48. هل يتطلب الأمر إلى الخضوع لعلاج إضافي؟

نعم، يُرجى التوضيح: ذلك. [لا

49. اسم شركة التأمين الأولية للصحة و صحة الأسنان .

القسم الثامن (8) - فقدان الدخل من العمل وحالة الحداد

50. اسم صاحب العمل

51. عدد الأيام التي تعيبت فيها عن العمل بسبب الجريمة

52. هل أنت حالياً غير قادر على العمل بسبب الجريمة؟ نعم لا

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 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 مقدمي خدمات العلاج الذين كانوا مسؤولين عن علاج (اسم المَجني عليه/عليها)؛ وكل مدير شؤون الجنازات أو أي شخص آخر قام بتقديم الخدمات، وأي وكالة شرطة أو أي وكالة حكومية، بما في ذلك مصلحة الضرائب في الولاية ومصلحة الضرائب الفيدرالية، أو أي شركة تأمين أو منظمة أخرى لديها معرفة بهذا الأمر، لتزويد لجنة خدمات المَجني عليهم في الجرائم لولاية ميشيغان (Michigan Crime Victim Services Commission)، 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 المُسَدّد من جهات خارجية.

متطلبات السداد

أفهم أن الدفع من قبل برنامج تعويض المَجني عليهم في الجرائم (Victim Compensation Program) هو الملتجئ الأخير للدفع. وإذا تلقيت دفعة من مصدر آخر لنفس النفقات التي قام البرنامج بدفعها لي، فإنه يحق لولاية ميشيغان (State of Michigan) 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 يتم الدفع لمقدمي 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. احتفظوا بنسخة من جميع الوثائق لسجلاتكم الخاصة.

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