

## Vermont د قربانيانو د جبران لپاره درخواست

مورپو هېرو چې دا ستاسو لپاره يو ستونزمن وخت دی. که تاسو د دغې فورمي په ډکولو کې مرستې ته اړتيا لرئ، په لاندې ذکر شوو شمېرو د قربانيانو د جبران پروگرام ته زنگ ووهئ. تاسو همدارنگه کولای شئ د ډېرو معلوماتو لپاره زموږ وېب پاڼې ته مراجعه وکړئ.

د قربانيانو د جبران پروگرام د جرم د هغو قربانيانو لپاره محدودې مالي مرستې چمتو کوي چې د جرم په مستقیمه پایله کې مالي زیان ورته رسېدلی وي، تر هغې پورې چې دغه زیان ورته د بیمې د کمپنۍ په شان له بلې سرچینې څخه نه وي تادیه شوی.

د قربانيانو د جبران پروگرام

60 South Main Street

Waterbury, Vermont 05676-1599

(غږ - یوازي VT) 1-800-750-1213

(غږ) 1-802-241-1250

(فکس) 1-802-241-1253

[www.ccvv.vermont.gov](http://www.ccvv.vermont.gov)



دغه پاڼه د خپل ریکارډ لپاره وساتئ.

## په شرایطو د پوره کېدو اړتیاوې

- د جرم په اړه د قانون د تنفيذ چارواکي ته راپور ورکړل شوی دی، چې دغه چارواکی باید ثابتې کړي چې جرم ترسره شوی دی.
  - قرباني شوي کس ته د جرم په مستقیمه پایله کې فزیکي یا رواني زیان اوښتی دی.
  - جرم په Vermont کې ترسره شوی دی، یا د Vermont د اوسېدونکي پر وړاندې په داسې ناحیه کې ترسره شوی دی چې د جبران پروگرام نه لري.
  - جرم د 1987 کال د جولای له 1 نېټې وروسته ترسره شوی دی.
  - قرباني شوي کس د دغه ایالت له جزایي قانون څخه سرغړونه نه ده کړې چې د نوموړي د ټپي کېدو یا مړینې لامل شوی وي.
  - د قتل د قرباني د کورنۍ غړي هم په شرایطو برابر دي.
- چېرې چې مناسبه وي، د لاندې مصارفو د تامین لپاره پیسې شتون لري، تر هغې چې دغه لگښتونه له مخکې د بلې سرچینې په واسطه نه وي تادیه شوي:

- طبي او د غاښو مراقبت
  - د قربانیانو او د کورنۍ د غړو لپاره مشورې
  - د جنازې لگښتونه
  - د کاري وخت د له لاسه ورکولو له امله له لاسه ورکړل شوی مزد
  - د نخسو، عینکو، او محدودو ترانسپورتي لگښتونو په څېر نور مصارف
  - که چېرې د جرم په پایله کې مړینه رامنځ ته شي، قانوني وابسته گان کېدې شي په مؤقتي توگه د ژوند کولو لگښتونه ترلاسه کړي
  - د ځای پر ځای کولو محدودې مرستې
  - د کورنیو ژوو مراقبت/ټپي کېدل/مړینه
- ملکیت ته اوښتي زیانونه معمولاً تر پوښتنې لاندې نه نیول کېږي.

## د درخواست لارښوونې

تاسو باید دغه درخواست په بشپړ ډول ډک کړئ. ډاډ حاصل کړئ چې تاسو:

1. په درخواست کې "د معلوماتو د ترلاسه کولو د اجازې" برخه لاسلیک او نېټه ورباندې درج کړئ. که وغواړئ کولای شئ د ختمیدو بدیله نېټه وړاندې کړئ.
2. په درخواست کې د "بېرته اداینې، د خسارې د جبران، او وکالت" برخې لاسلیک او نېټه ورباندې درج کړئ.
3. د "تصدیق له بیان" وروسته خپل لاسلیک او نېټه درج کړئ.
4. وروسته له دې چې دغه درخواست ډک کړئ، په مهربانۍ سره د پست له لېږلو مخکې ټول اړخونه په چسپ یا سنجاق سره سربښ کړئ.

که چېرې تاسو غواړئ خپل درخواست مور ته په بېل پاکټ کې راوستو او ټاپه نه لرئ، په مهربانۍ سره د قربانیانو د جبران له پروگرام سره اړیکه ونیسئ او مور به تاسو ته د پست له لگښت سره یو پاکټ واستو ترڅو خپل درخواست او/یا بېلونه پکې راوستو. که چېرې تاسو په راتلونکي کې د جرم اړوند ډېر بېلونه ترلاسه کړئ، ډاډ حاصل کړئ چې مور ته یې په هغه پته راوستو چې د درخواست په لومړنۍ پته باندې درج شوي ده.

دغه پاڼه د خپل ریکارډ لپاره وساتئ.

**I. د قربانيانو معلومات**

د قرباني شوي کس نوم: \_\_\_\_\_  
پستي پته: \_\_\_\_\_  
ښار يا ښارگوټی: \_\_\_\_\_  
آيالت: \_\_\_\_\_ زېږ: \_\_\_\_\_  
د کور تليفون: \_\_\_\_\_ د کار تليفون: \_\_\_\_\_  
گرځنده تليفون: \_\_\_\_\_ د برېښنالیک پته: \_\_\_\_\_  
که تاسو نه غواړئ چې مور په پوتني پته اړیکه در سره ونیسو، مهرباني وکړئ بله پستي پته او د تلفون شمېره چمتو کړئ.

**که چېرې قرباني شوی کس ماشوم وي:**

د والدينو يا  قانوني پالونکي نوم:

د والدينو/پالونکي د زيرون نېټه: \_\_\_\_\_  
د کور تليفون: \_\_\_\_\_ د کار تليفون: \_\_\_\_\_  
گرځنده تليفون: \_\_\_\_\_ د برېښنالیک پته: \_\_\_\_\_  
که چېرې پته د قرباني شوي کس له پتي څخه متفاوته وي:

که چېرې د ماشومانو او کورنيو د څانگې (Dept. of Children & Families, DFC) تر پالنه لاندې ياست، د دوسيې د کارمند نوم:

**که چېرې قرباني شوی کس مړ وي:**

د قرباني شوي کس د کورني د غړي نو: \_\_\_\_\_  
پستي پته: \_\_\_\_\_  
ښار يا ښارگوټی: \_\_\_\_\_  
آيالت: \_\_\_\_\_ زېږ: \_\_\_\_\_  
د کور تليفون: \_\_\_\_\_ د کار تليفون: \_\_\_\_\_  
گرځنده تليفون: \_\_\_\_\_ د برېښنالیک پته: \_\_\_\_\_  
د قرباني شوي کس د کورني د غړي د زيرون نېټه: \_\_\_\_\_  
له قرباني شوي کس سره د خپلوی اړیکه: \_\_\_\_\_

## II. د جرم په اړه معلومات

په مهرباني سره لاندې معلومات څومره چې کولای شئ بشپړ کړئ، که تاسو دغه معلومات نلرئ، دا ځای تش پرېږدئ، مور به کوشش وکړو چې دغه اسناد له پولیسو یا ستاسو د قرباني شوي کس له مدافع وکیل څخه تر لاسه کړو.

د جرم نېټه: \_\_\_\_\_ د جرم د راپور نېټه: \_\_\_\_\_  
د مشکوک کس (کسانو) نوم (نومونه): \_\_\_\_\_  
د زیږون نېټه د مشکوک کس (کسانو): \_\_\_\_\_  
هغه ښارگوټی چې جرم پکې ترسره شوی دی: \_\_\_\_\_  
د پولیسو څانګه چې جرم ورته راپور شوی دی: \_\_\_\_\_  
د پولیس چارواکي نوم: \_\_\_\_\_  
د پېښې شمېره: \_\_\_\_\_

### د جرم ډول: (د تطبیق وړ ټول موارد په نښه کړئ)

- اور اچونه  برید  لوټماری
- له ماشوم ناوړه فزیکي استفاده/بې غوري  له ماشوم پورنوګرافي  له ماشوم څخه ناوړه جنسي استفاده
- کورنی تاوتریخوالی  د شرابو یا نورو نشه کوونکو موادو تر اغېز لاندې موټر چلول (DUI)
- دوکه/مالي جرمنه  قتل  انساني قاچاق
- اختطاف  د نقلیه وسایطو اړوند نور جرمنه  غلا
- جنسي ځورونه  کمین نیول  ترورېزم
- بل \_\_\_\_\_
- آیا د دې جرم په اړه په مدني دعوا کې یا د بیمې په عمل کې شخصي وکیل ستاسو استازیتوب کوي؟  هو  نه
- د مدافع وکیل نوم: \_\_\_\_\_

برېښنالیک: \_\_\_\_\_ تلیفون: \_\_\_\_\_

## III. د جبران غوښتنه

په مهرباني سره لاندې معلومات څومره چې کولای شئ بشپړ یې کړئ، که تاسو دغه معلومات نلرئ، دا ځای تش پرېږدئ.  
زه د جرم اړوند د لاندې زیانونو لپاره د جبران غوښتنه کوم.

- عینکي، د اورېدو وسیلي، مصنوعي غاښونه، یا هر ډول مصنوعي وسیله چې د جرم په جریان کې اخیستل شوي، ورکه شوي، وپجاره شوي وي.
- د ماشوم پالنه  مشوره  د جرم صحنې پاکول  د غاښونو اړوند لګښت

- د جنازي لگښتونه
- کورنيو ژوو ته ځای ورکول
- د ملاتړ له لاسه ورکول
- کرایه/ځای پر ځای کېدل
- د مزد له لاسه ورکول (د کار له لاسه ورکړل شوی وخت)
- خونديتوب/امنیت
- طبي
- په مؤقتي توگه د ژوند کولو لگښتونه
- تېل/گاز
- د سفر مصارف/ترانسپورتي لگښتونه
- د هغو کورنيو ژوو لپاره د بېل تادیه چې د جرم په جريان کې ټپي شوي يا وژل شوي دي
- بل: \_\_\_\_\_

← په مهرباني سره د جرم اړوند ټول هغه بېلونه راواستوئ چې تاسو يې د قربانيانو د جبران د پروگرام لپاره ترلاسه کوئ. په مهرباني سره د هغه چمتو کوونکي (چمتو کوونکو) نومونه او د تلفون شمېرې ذکر کړئ چې تاسو يې د جرم اړوند کړنو لپاره لاندې وینئ:

د غاښو ډاکټر: \_\_\_\_\_ تلفون: \_\_\_\_\_  
 ډاکټر: \_\_\_\_\_ تلفون: \_\_\_\_\_  
 روغتون: \_\_\_\_\_ تلفون: \_\_\_\_\_  
 مشاور: \_\_\_\_\_ تلفون: \_\_\_\_\_  
 د جنازي کور: \_\_\_\_\_ تلفون: \_\_\_\_\_

#### د بيمې معلومات:

آيا قرباني شوی کس روغتيايي بيمه لري؟  هو  نه

که ځواب هو وي، د بيمې د کمپنۍ نوم:

Cigna  Blue Cross/Blue Shield  MVP  Medicare  Medicaid

بل: \_\_\_\_\_ د بيمې د آی دي شمېره: \_\_\_\_\_

آيا والدين، پالونکی د قرباني شوي کس د کورنۍ پاتې غړی روغتيايي بيمه لري؟  هو  نه  
 که ځواب هو وي، د بيمې د کمپنۍ نوم:

Cigna  Blue Cross/Blue Shield  MVP  Medicare  Medicaid

بل: \_\_\_\_\_ د بيمې د آی دي شمېره: \_\_\_\_\_

#### د گومارونکي نوم:

پته: \_\_\_\_\_

ښار/ښارگوټی: \_\_\_\_\_ آیالت: \_\_\_\_\_ زېږ: \_\_\_\_\_

تلفون: \_\_\_\_\_ د گومارونکي برېښنالیک: \_\_\_\_\_

په کار کې د اړیکې د مسئول نوم: \_\_\_\_\_

د جرم له امله، ما د لاندې نېټو لپاره کار له لاسه ورکړی دی:

له لاسه ورکړې نېټه (نېټې):	دلیل:
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____
4. _____	4. _____

په مهرباني سره لاندې لارښوونې په پام کې ونیسئ: که تاسو د له لاسه ورکړو مزدونو (د کار له لاسه ورکړي وخت) لپاره د جبران غوښتنه کوئ، موږ به ستاسو له گومارونکي سره اړیکه ونیسو.

آیا تاسو ته د کار د له لاسه ورکړل شوي وخت تادیه شوي ده؟  هو  نه

← که چېرې تاسو په راتلونکي کې د جرم اړوند دلایلو له امله کار له لاسه ورکوئ، په مهرباني سره له موږ سره له اضافي نېټو سره اړیکه ونیسئ.

#### IV. اختیاري معلومات

تاسو د قربانیانو د جبران د پروگرام په اړه چېرې اورېدلي دي؟

- مشاور
- د ماشومانو او کورنۍ څانګه
- د قربانیانو مدافع وکیل
- روغتون:
- پولیس
- تلویزیون
- انټرنېټ
- راډیو
- د معلولیت لرونکو کسانو د خدمت سازمان
- بل (په مهرباني سره مشخص یې کړئ) \_\_\_\_\_

لاندي معلومات اختياري دي او له فدرالي حکومت سره د مطابقت لپاره يې غوښتنه شوي ده او يوازي د احساوي اهدافو لپاره دي.

نژاد/توکم: (په شخصي توگه راپور شوي دي)

- امريکايي الاصله هندي يا بومي الاسکايي
- آسيايي
- تور يا افريقايي الاصله امريکايي
- هسپانوي يا لاتينو
- بومي هاوايي يا د آرام سمندرگي اوسېدونکي
- سپين غير لاتين يا قفقازي
- بل نژاد
- څوگونه نژادونه

جنسيت (په شخصي توگه راپور شوي)  نارينه  ښځينه  د ځان هويت: \_\_\_\_\_

د دې لپاره چې په ښه توگه له تاسو سره مرسته وکړو، آيا په لاندي برخو کې مرستې ته اړتيا لرئ:

(اختياري)

- بصري معلوليت
- کونوالی يا په سختی سره اور بدل
- فزيکي معلوليت
- د رواني روغتيا تشخيص
- ذهني معلوليت

په مهرباني سره خپل معلوليت مشخص کړئ که چېرې دلته يې يادونه نه وي شوي: \_\_\_\_\_

مهرباني وکړئ موږ ته ووايست چې تاسو ته څه ډول مرسته/امکانات چمتو کړو:

- د امريکا د اشاروي ژبي ترجماني
- د ژبي ترجماني
- په لويه بڼه چاپ شوي مواد

د ارتباطاتو مرسته (په مهرباني سره مشخصه يې کړئ): \_\_\_\_\_

بل په مهرباني سره مشخص يې کړئ: \_\_\_\_\_

هره ناحیه د قربانيانو لپاره مدافع وکیل لري چې د ایالت د لویې څارنوالۍ په دفتر کې موقعیت لري. موږ تاسو هڅوو چې د محکمې د پروسو په اړه د هر ډول پوښتنو په صورت کې خپل مدافع وکیل ته زنگ ووهئ. له خپل مدافع وکیل سره د اړیکې نیولو په اړه د معلوماتو لپاره، د قربانيانو د جبران له پروگرام سره په

1-800-750-1213 (یوازي غږ VT)

يا 1-802-241-1250 (غږ) شمېره اړیکه ونیسئ

## بلي پاني ته دوام ورکړئ

د دې لپاره چې د قربانيانو د جبران لپاره په شرایطو پوره شی، تاسو باید خپل لاسلیک او نېټه په دريو (3) ځایونو کې درج کړئ.

#### د معلوماتو د ترلاسه کولو اجازه

زه په دې توګه HIPAA (د روغتیايي بیمې د لېږد وړ او مسؤلیت قانون، 42USC § 132d et seq.) د محرمانیت د مقرراتو مطابق هر روغتون، کلینیک، ډاکټر، د روغتیايي مراقبت چمتو کوونکي یا بل هر هغه کس ته چې لاندې نومول شوی قرباني کس یې کتلی یا معاینه کړی؛ د جنازې دایرکټر، د بیمې کمپنۍ، مشاور، مدافع وکیل یا بل هر کس ته چې ورته خدمات یې وړاندې کړي؛ د قرباني شوي کس هر ګومارونکي یا مدعي ته؛ هر پولیس یا حکومتي نهاد ته؛ د ایالت یا فدرال د عایداتي خدماتو په ګډون هر پولیس یا حکومتي نهاد ته؛ یا بل هر سازمان ته چې اړونده پوهاوی لري په داوطلبانه توګه اجازه ورکوم چې د وېرمونټ د قربانيانو د جبران پروګرام ته د هغې پېښې په اړه چې د دې ادعا اساس ګڼل کېږي، هر ډول او ټول هغه معلومات چې په واک کې لري چمتو کړي. د دغې اجازه لیک تصویري کاپي دومره اغېزمنه او د اعتبار وړ ده لکه اصلي نسخه یې، مګر دا چې قانون بل ډول غوښتنه کړې وي. د دغه معلوماتو بل ډول خپراوی منعه دی. زه پوهیږم چې د دغه اجازه لیک د اعتبار نېټه به د دې اجازه لیک له نېټې څخه یو کال ورسته ختمه شي، مګر دا چې زه یې بل ډول مشخصه کړم.

زه همدارنګه پوهیږم چې زه کولای شم د قربانيانو د جبران پروګرام ته د لیکلې خبرتیا په ورکولو سره هر وخت چې وغواړم دغه اجازه فسخه کړم، په استثنای د هغو مواردو چې دمخه اعتماد ورباندې شوی دی.

د تمایل په صورت کې د اعتبار د ختمېدو بديله نېټه: \_\_\_\_\_

د قرباني شوي کس نوم: \_\_\_\_\_ د زېږون نېټه: \_\_\_\_\_

د قرباني شوي کس یا د هغه د کورنۍ د پاتې غړي لاسلیک: \_\_\_\_\_ نېټه: \_\_\_\_\_

د والدینو یا پالونکي لاسلیک که چېرې د قرباني شوي کس عمر له 18 کلونو ټیټ وي: \_\_\_\_\_

نېټه: \_\_\_\_\_

#### د بېرته اداینې، د خسارې د جبران، او وکالت تړون

زه د خپل خان، وکیل، وارث، یا تر لاس لاندې کسانو په استازیتوب پوهیږم چې زه مکلف یم د وېرمونټ د قانون په اساس د قربانيانو د جبران له پروګرام سره اړیکه ونیسم او که چېرې زه له مجرم، مدني اقدام، یا د بیمې له کمپنۍ څخه تادیه ترلاسه کړم، یاده تادیه بېرته هغوی ته ادا کړم، او دا چې د قربانيانو د جبران پروګرام زما د هغو پیسو پر وړاندې د ملکیت تصرف لري چې کېدی شي زه یې د رامنځ ته شوي جرم په پایله کې ترلاسه کړم. زه همدارنګه پوهیږم چې که چېرې زه د ځان لپاره وکیل وټاکم چې د جرم اړوند په هر اقدام کې زما استازیتوب وکړي، زه باید پروګرام ته خبر ورکړم. زه پوهیږم چې زما لاسلیک څرګندوي چې زه په دغه تړون کې له ټولو ذکر شوو بیانونو سره موافق یم.

د قرباني شوي کس نوم: \_\_\_\_\_ د زېږون نېټه: \_\_\_\_\_

د قرباني شوي کس یا د هغه د کورنۍ د پاتې غړي لاسلیک: \_\_\_\_\_ نېټه: \_\_\_\_\_

د والدینو یا پالونکي لاسلیک که چېرې د قرباني شوم کس عمر له 18 کلونو څخه ټیټ وي: \_\_\_\_\_

نېټه: \_\_\_\_\_

#### تصدیق

زه تصدیقوم چې په دغه درخواست کې درج شوي معلومات زما د پوهې مطابق سم او صحیح دي.

د قرباني شوي کس یا د هغه د کورنۍ د پاتې غړي لاسلیک: \_\_\_\_\_ نېټه: \_\_\_\_\_

د والدینو یا پالونکي لاسلیک که چېرې د قرباني شوي کس عمر له 18 کلونو څخه ټیټ وي: \_\_\_\_\_

نېټه: \_\_\_\_\_