

WNIOSEK O PRYZNANIE KOMPESANTY

Stan Illinois
Sąd Rejonowy



Stan Illinois
Prokurator Generalny

WNIOSEK DLA OFIAR PRZESTĘPSTW W STANIE ILLINOIS

- **Dla kogo przeznaczony jest wniosek?** Dla osób które były ofiarą przestępstwa. Jeżeli ofiara jest osobą nieletnią lub jest pod opieką prawną osoby trzeciej, wniosek może wypełnić rodzic lub opiekun prawny. Jeżeli ofiara poniosła śmierć na skutek przestępstwa, wniosek może wypełnić członek rodziny. **Wniosek musi być podpisany przez ofiarę, przez rodzica lub opiekuna prawnego jeżeli ofiara jest nieletnia lub pod opieką prawną.**
- **Proszę przeczytać instrukcję przed wypełnieniem wniosku.** Zapoznanie się z instrukcją pomoże w prawidłowym wypełnieniu wniosku.
- **Należy zamieścić wszystkie informacje i wypełnić wniosek czytelnym drukiem.** W razie braku wolnego miejsca we wniosku można dołączyć dodatkowe arkusze papieru.
- **Dokumenty.** Proszę wysłać kserokopię wszystkich dokumentów wraz w wypełnionym wnioskiem (m.in. raport policyjny, sądowy nakaz zbliżania się do ofiary, rachunki medyczne). W razie braku któregoś z dokumentów należy wysłać dostępne dokumenty wraz z wnioskiem. Należy zebrać dostępną dokumentację aby była dostępna kiedy urzędnik skontaktuje się z pretendentem.
- **Raport policyjny.** Aby rozpatrzyć wniosek biuro Prokuratora musi posiadać raport policyjny. Jeżeli pretendent posiada numer raportu policyjnego, należy wpisać go we wniosku. Jeżeli numer raportu policyjnego jest nieznan, należy podać jak najwięcej informacji o przestępstwie.
- **Wypełniony wniosek należy wysłać pocztą na adres:**
Office of the Illinois Attorney General
Crime Victims Compensation
115 South LaSalle Street
Chicago, IL 60603
- **Zmiana adresu zamieszkania lub numeru telefonu.** Jeżeli adres zamieszkania lub numer telefonu uległ zmianie, należy bezwzględnie podać nowy adres i numer kontaktowy. W razie nieaktualnych danych zamieszkania wniosek może być odrzucony. Należy wysłać list z nowym adresem zamieszkania.
- **Jeżeli wniosek zostanie rozpatrzony pozytywnie, pretendent otrzyma dodatkowe formularze pocztą.** Należy formularze wypełnić i odesłać do biura w przeciągu 30 dni.
- **W razie pytań jak wypełnić wniosek, lub informacji o innych usługach dla ofiar należy kontaktować się z biurem Prokuratora Generalnego pod numerem telefonu (800) 228-3368. Osoby mające problemy ze słuchem lub mową mogą zadzwonić pod numer 7-1-1.**

Sekcja I. Informacje o ofiarze i pretendencie

Jeżeli jesteś ofiarą przestępstwa i jesteś osobą pełnoletnią, wypełnij sekcję przeznaczoną dla ofiary. W tym wypadku jesteś również pretendentem, więc nie musisz wypełniać części A. Pretendent jest osobą która składa wniosek o kompensatę za przestępstwo.

- Jeżeli wypełniasz wniosek dla ofiary (tzn. jesteś rodzicem nieletniego dziecka lub członkiem rodziny w wypadku śmierci ofiary) zamieść informacje o ofiarze w części A, natomiast w części B wpisz swoje dane. Osoba której dane personale podane są w części B musi podpisać wniosek.
- Te informacje są potrzebne aby nasze biuro mogło skontaktować się z pretendentem w celu dodatkowych pytań. Jeżeli dane kontaktowe nie są aktualne, pretendent może nie otrzymać kompensaty.
- Wymagany jest numer social security, ale nie konieczny.
- W biurze zatrudniony jest prawnik który może służyć pomocą w uzyskaniu dodatkowych informacji. Do wypełnienia wniosku nie potrzeba zatrudniać prawnika. W razie kiedy prawnik został zatrudniony i posiada informacje na temat przestępstwa, proszę podać jego nazwisko i dane kontaktowe.
- W tej sekcji można podać dane kontaktowe do osoby trzeciej w razie potrzeby alternatywnego kontaktu. Jeżeli urzędnik nie będzie mógł skontaktować się z pretendentem, wniosek może zostać odrzucony. Jest pomocne, ale niekonieczne, podanie osoby z którą urzędnik mógłby się skontaktować aby wniosek nie został odrzucony.

Sekcja II. Przestępstwo i informacje o rozprawie sądowej

- W tej sekcji należy zamieścić informacje o przestępstwie i o rozprawach sądowych które się odbyły/odbędzie. Należy wypełnić tą sekcję w miarę możliwości.
- Należy podać numer raportu policyjnego, jeżeli znany.

Sekcja III. Rodzaj kompensaty

- W tej sekcji należy podać rodzaj kompensaty o jaką stara się pretendent w wyniku przestępstwa. Rodzaj kompensaty to taki rodzaj który jest objęty przez program.
- W razie pytań, lub aby zasięgnąć więcej informacji na temat kompensat, proszę dzwonić pod numer: (800) 228-3368.

Sekcja IV. Informacje medyczne i zapomoga

- Należy wypełnić tą sekcję jeżeli kompensata ma być przeznaczona na wydatki medyczne, dentystyczne lub psychologiczne. Sekcję należy zostawić pustą jeżeli nie posiada się tych wydatków.
- Rodzic ofiary, który składa wniosek o kompensatę na swoje własne wydatki psychologiczne musi wypełnić oddzielny wniosek i podać siebie jako ofiarę.
- Wydatki na poradę psychologiczną będą rozpatrywane tylko jeżeli są potwierdzone przez następujących specjalistów: psychologa klinicznego z licencją stanową, klinicznego terapeuty z licencją stanową doradca z licencją stanową lub terapeuta religijnego.

Sekcja V. Informacja o zatrudnieniu

- Należy wypełnić tą sekcję jeżeli w wyniku przestępstwa utracono zarobki. Kompensata jest przyznawana za dni w których pretendent był niezdolny do pracy oraz za dni w które pretendent uczestniczył w rozprawach sądowych.
- Jeżeli rodzic składa wniosek o utracie zarobków za dni w których zajmował się dzieckiem, należy wypełnić oddzielny wniosek i umieścić siebie jako ofiarę.

Sekcja VI. Koszty pogrzebu oraz odszkodowanie

- Wypełnij tę sekcję jeżeli składasz wniosek dla ofiary, która poniosła śmierć na skutek przestępstwa.
- Dostępna jest renta w wypadku kiedy ofiara która poniosła śmierć była żywicielem i posiadała dochód, a w związku ze śmiercią pomoc finansowa została odcięta.
- Wymagamy informacje o wszystkich osobach na utrzymaniu ofiary przed wydaniem rekomendacji do sądu. Należy wpisać imię (imiona) oraz numery telefonu do wszystkich osób.

Sekcja VII. Orzeczenie i autoryzacja

- Poprzez zatwierdzenie subrogacji pretendent wskazuje, iż przeczytał tę sekcję i rozumie, iż zrzeka się praw w przypadku kiedy uzyska odszkodowanie przyznane sądownie lub w wyniku pozwu cywilnego. Znaczy to, iż osoba której przyznano kompensatę z programu dla ofiar przestępstw zgadza się ją zwrócić do organu orzekającego, który wydał orzeczenie o przyznaniu kompensaty, jeżeli uzyska finansowe odszkodowanie od przestępcy lub z innego źródła.
- Pozwolenie na uzyskiwanie danych autoryzuje biuro Prokuratora Generalnego stanu Illinois aby żądać informacji medycznych, finansowych i innych potrzebnych informacji do rozpatrzenia wniosku. Biuro Prokuratora Generalnego żąda tylko tych informacji które są niezbędne aby rozpatrzyć wniosek.
- Należy przeczytać orzeczenie wniosku o tym, iż składanie fałszywych oświadczeń grozi odpowiedzialnością karną. Należy się upewnić, że wszystkie podane informacje są prawdziwe przed złożeniem podpisu.
- We wniosku jest pytanie o prawnika. Należy pamiętać, że do wypełnienia tego wniosku nie jest potrzebny prawnik.

CRIME VICTIMS COMPENSATION APPLICATION

STATE OF ILLINOIS
COURT OF CLAIMS



STATE OF ILLINOIS
ATTORNEY GENERAL

COMPLETE ALL SECTIONS TO THE BEST OF YOUR ABILITY.

SEE INSTRUCTIONS FOR INFORMATION ON FILLING OUT THE APPLICATION.

If you need help, call the Attorney General's Office at 1-800-228-3368 (7-1-1 relay service).

SECTION I. VICTIM & CLAIMANT INFORMATION

Office Use Only

A. VICTIM INFORMATION

Victim's Name: _____
Last First

Date of Birth: ____ / ____ / ____ Male Female

Street Address: _____ Apt # _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

E-mail Address: _____

Home Phone: (____) ____ - ____ Cell Phone: (____) ____ - ____

Work Phone: (____) ____ - ____ Other Phone: (____) ____ - ____

Social Security No.: ____ - ____ - ____

Marital Status: Single Married Divorced Widow(er) Civil Union Partner

The following information is used for statistical purposes only according to federal regulations. Providing this information is voluntary and will not affect your application. Victim's Ethnic Group: Black (not Hispanic)

American Indian or Alaskan Native White (not Hispanic) Hispanic (any Spanish culture) Asian or Pacific Islander (including Indian subcontinent) Other. Country of Birth _____

Do you have a disability? Yes No, If yes, nature of disability physical mental developmental.

How did you learn about Crime Victims Compensation? _____

B. CLAIMANT INFORMATION

Complete only if you are parent/legal guardian of a victim under the age of 18 or survivor of a deceased victim. Male

Claimant's Name: _____ Date of Birth: ____ / ____ / ____ Female
Last First

Street Address: _____ Apt # _____ City: _____

State: _____ Zip Code: _____ E-mail Address: _____

Home Phone: (____) ____ - ____ Cell Phone: (____) ____ - ____

Work Phone: (____) ____ - ____ Social Security No.: ____ - ____ - ____

Marital Status: Single Married Divorced Widow(er) Civil Union Partner

Relationship to victim: _____

C. CONTACT INFORMATION

- Is English your preferred language? Yes No

If no, language you are most comfortable speaking: _____

- Are you working with an advocate? Yes No If yes, please provide the following:

Name: _____ Telephone: (____) ____ - ____

Organization: _____ E-mail Address: _____

- Is there another person you would prefer us to contact to discuss your claim? Yes No

Name: _____ Telephone: (____) ____ - ____

Relationship to you: _____

SECTION II. CRIME AND COURT INFORMATION

A. CRIME INFORMATION

Police Report # _____

Date of Crime: ___ / ___ / ___ Date Crime Reported: ___ / ___ / ___

Street Address where crime occurred: _____ City: _____ County: _____

Name of Agency/Police Department crime reported to: _____

Briefly Describe crime: _____

Briefly Describe injuries: _____

- Do you know the identity of the offender(s)? Yes No

If yes, offender(s) name(s): _____

Relationship, if any, between victim and offender(s): _____

- Was the offender(s) arrested? Yes No Unknown
- Was a sexual assault evidence collection kit performed at a hospital? Yes No
- Was the victim on probation or parole for a felony at the time of the crime? Yes No

B. CRIMINAL COURT INFORMATION (If known, please complete)

- Has an offender been charged in court? Yes No Unknown

If yes, what is the charge? _____ Criminal Case # _____ County: _____

Assistant State's Attorney Name: _____ Telephone: (____) ____ - ____

- Have you attended court for this case? Yes No
- Were you required to testify for this case? Yes No If yes, on what date? ___ / ___ / _____
- What was the outcome of the criminal case? _____
- Has restitution been ordered against an offender?: Yes No If yes, how much? \$ _____

C. ORDER OF PROTECTION INFORMATION

- Did you obtain a Plenary Order of Protection or Civil No-Contact Order? Yes No

If yes, please attach a copy of the order and enter the number: OOP# _____ CNCO# _____

D. CIVIL CASE INFORMATION

- Has a civil lawsuit been filed against anyone in relation to this incident? Yes No

If yes, please provide Civil Case # _____ County: _____

Name of lawyer handling your civil suit: _____ ARDC No.: _____

Telephone: (____) ____ - ____ E-mail Address: _____

SECTION III. LOSSES CLAIMED

- Did the victim experience a financial loss of tuition because of the crime?..... Yes No
- Was it necessary to purchase a wheelchair or other equipment to make the home accessible for the victim for an injury that happened during the crime?..... Yes No
- Have you had to replace (or purchase) eyeglasses, hearing aids or prosthetic devices because of the crime?..... Yes No
- Was it necessary to leave your home because of the crime?..... Yes No
 - If yes, were you able to return to your home?..... Yes No
 - If no, did you relocate to a new home?..... Yes No
- Did the police take clothing or bedding as evidence that you had to replace?..... Yes No
- Was it necessary to replace locks and/or windows because of the crime?..... Yes No
- Was it necessary to hire personnel to do crime scene clean-up?..... Yes No
- Was it necessary to hire other people to perform tasks that the victim is now unable to perform because of the crime?..... Yes No

SECTION IV. MEDICAL INFORMATION & BENEFITS

- Does the victim have medical or dental costs because of the crime? Yes No
- Does the victim have counseling costs because of the crime? Yes No
- Do you expect more medical, dental or counseling costs because of the crime? Yes No

List the names and phone numbers of all doctors, hospitals, counselors or other medical service providers who treated the victim for injuries because of the crime. Please attach copies of any bills that you currently have. If you receive bills at a later date, please send them at that time.

Medical Provider	City	Provider Phone No.	Date(s) of Services	Amount of Bill
		()		
		()		
		()		
		()		
		()		

- Do you have any type of medical insurance coverage? Yes No
If yes, please check each type of coverage that is available to cover the above charges.
Note: Compensation is available only after all other medical benefits have been exhausted.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medical Card (Public Aid or AFDC)
<input type="checkbox"/> Medicare or Medical Assistance
<input type="checkbox"/> Private, Group, Employer or Union Health Insurance
<input type="checkbox"/> Workers Compensation
<input type="checkbox"/> Veteran's Administration, Champus
<input type="checkbox"/> SSI or SSDI
<input type="checkbox"/> Proceeds of Personal Injury or Other Litigation
<input type="checkbox"/> Hospital uninsured discount or other financial assistance program | Card Number: _____
Provider's Name: _____
Provider's Name: _____
Provider's Name: _____
Provider's Name: _____
Case Number: _____ |
|---|--|

SECTION V. EMPLOYMENT INFORMATION

- Are you applying for any wages you lost because of the crime?.....Yes No
If yes, please answer the following questions and fill in the chart below.
 - o Were you employed at the time of the crime?.....Yes No
 - o Did you receive disability benefits or sick pay for time missed from work after the crime?.....Yes No
 - o Since the crime, have you returned to work?.....Yes No
If yes, date you returned to work: ____ / ____ / ____

Please list all employment during the six (6) months before the crime:

Name of Employer	Employer's Address	Employer's Phone No.	Victim's Net Monthly Wages (Take Home Pay)
		()	
		()	
		()	

SECTION VI. FUNERAL/BURIAL INFORMATION & DEATH BENEFITS

A. FUNERAL AND BURIAL

- Are you requesting funeral and/or burial costs? Yes No
If yes, in what amount? \$ _____

- Have these costs already been paid? Yes No
If yes, in what amount? \$ _____

Name of Person(s) Who Paid	Phone No. of Person Who Paid	Relationship Between Victim and Person Who Paid	Amount Paid
	()		
	()		
	()		

- Name of Funeral Home: _____ Telephone: (____) ____ - _____
- Funeral Home City: _____
- Name of Cemetary: _____ Telephone: (____) ____ - _____

B. INSURANCE

- Did the victim have a life insurance policy? Yes No
If yes, provide details about the life insurance coverage:

Name of Insurance Company	Name of Beneficiary	Beneficiary's Phone No.	Amount Paid
		()	
		()	

C. LOSS OF SUPPORT TO DEPENDENTS

- Was the victim employed during the six (6) months before the crime? Yes No
- If yes, are you claiming loss of support? Yes No
If yes, fill out the rest of this section.

- At the time of death, did the deceased victim contribute financial support to:
 - o A spouse? Yes No Amount per month? \$ _____
 - o Any dependents? Yes No Amount per month? \$ _____

Please list all minor (18 years or under) dependents and any other dependents of the victim:

Name of Dependent	Relationship to Victim	Date of Birth	Name/Phone Number of Legal Guardian

SECTION VII. CERTIFICATION AND AUTHORIZATION

Acknowledgement of Subrogation: As required by the subrogation provision of the Illinois Crime Victims Compensation Act, 740 ILCS 45/17, I will contact and repay the Crime Victims Compensation Program if I receive any payments from the offender, a civil lawsuit, an insurance policy, or any other government or private agency to cover expenses for which I receive payment from the Compensation Program. I understand that I will be responsible for repaying the Compensation Program any amount for which it is later determined that I was not eligible.

Release of Information: I hereby authorize any hospital, physician, health care provider, mental health provider, funeral director, or other person who rendered related services; any employer of the victim or claimant; any law enforcement or governmental agency; any insurance company; or any other individual company, agency or organization having relevant knowledge, to furnish any and all information in their possession with respect to the incident that is the basis for this claim to the Crime Victims Compensation Bureau of the Illinois Attorney General's Office. This information is to be used in any way necessary related to my claim for an award of compensation from the Illinois Crime Victims Compensation Program.

I understand that medical records may contain information regarding care of psychiatric/psychological conditions, drug or alcohol abuse, HIV test results, AIDS, and AIDS-related conditions.

I understand that at any time I may revoke this authorization from the Illinois Attorney General's Office, except to the extent that action has been taken in reliance on this authorization. This authorization will expire in 3 years from the date the victim/claimant signed or when this claim is resolved.

This authorization complies with the requirements of 45 C.F.R. § 164.508, the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) and the HIPAA Privacy Rule. A photocopy or facsimile copy of this authorization shall have the same effect as the original.

Certification of Application: I hereby certify, subject to the penalties of perjury, that all of the information that I have provided in this application is true, accurate, and complete to the best of my knowledge. I understand that if I willfully provide any information that is false, incomplete, or misleading, I may be denied benefits and/or I may be prosecuted for crimes punishable by imprisonment, a fine, or both.

Applicant's Signature

Date Signed

If the applicant is represented by counsel for this crime victims compensation claim, please provide the following:

Name of Lawyer: _____ ARDC No: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code : _____

Telephone: (___) _____ - _____ E-mail Address: _____

740 ILCS 45/12 prohibits the charging of fees for presenting this form to the Court of Claims.

Please return completed application
and all subsequent information to:

**Office of the Illinois Attorney General
Crime Victims Services Bureau
115 South LaSalle Street
Chicago, IL 60603**