

طلب لتعويض ضحية جريمة

القسم ١ المدعي

اللغة المتحدثة المفضلة:

ينبغي تقديم طلب منفصل لكل شخص يسعى للحصول على المساعدة.

اللغة المكتوبة المفضلة:

ينبغي تعبئة القسم ١ لكل الطلبات. المدعي هو الشخص الذي لديه نفقات أو يسعى للحصول على مساعدة نتيجة لجريمة. إذا كنت تعبئ هذا الطلب نيابة عن شخص آخر، ضع معلوماته في القسم ١ ومعلوماتك في القسم ٣.

الجنس:

الاسم الأخير:

الاسم الأوسط:

الاسم الأول:

تاريخ الميلاد
(شهر يوم سنة):رقم الضمان الاجتماعي (بدون شرطات):
هل للمدعي رقم ضمان اجتماعي؟

صلة القرابة للضحية:

هل طلب تسجيل المدعي عليه
كمركب جرائم جنسية؟من تاريخ الجريمة إلى الآن، هل تم حجز المدعي عليه
في السجن أو تم وضعه تحت المراقبة أو تم إخلاء سبيله
بالإخلاء المشروط أو خضع للمراقبة المجتمعية بعد
الإفراج عنه نظرًا لارتكابه جريمة؟

العنوان البريدي

رقم واسم الشارع أو رقم صندوق البريد:

هاتف المنزل:

الرمز البريدي:

الولاية:

المدينة:

العنوان ٢ (رقم الشقة أو الوحدة):

نوع البريد الإلكتروني:

البريد الإلكتروني:

الهاتف المحمول:

التحويل:

هاتف العمل:

إذا كنت ضحية بالغة وكانت التكاليف لك، تجاوز
إلى القسم ٤

إن لم تكن كذلك، استمر إلى القسم ٢

ضع علامة في هذا المربع إن كنت ولي أمر/وصي تتقدم بالطلب نيابة عن شاهد قاصر على جريمة عنف. يتأهل
الشهود القصر لعلاج الصحة النفسية فقط. يبلغ المدعي من العمر أقل من ١٨ عامًا، وهو شاهد عن قرب على
جريمة عنيفة، إلا أنه ليس ضحية لجريمة وليس على صلة قرابة بالضحية. اذكر الضحية أو الجريمة المتاحة أو
معلومات أخرى في الأقسام المتبقية.

القسم ٢ ضحية الجريمة

ضحية الجريمة هو الشخص الذي تعرض للإصابة أو التهديد بالإصابة أو القتل نتيجة للجريمة.

الجنس:

الاسم الأخير:

الاسم الأوسط:

الاسم الأول:

إذا كان الضحية متوفياً، تاريخ الوفاة
(شهر يوم سنة):تاريخ الميلاد
(شهر يوم سنة):رقم الضمان الاجتماعي (بدون شرطات):
هل للضحية رقم ضمان اجتماعي؟هل مطلوب من الضحية
التسجيل كأحد مرتكبي
الجرائم الجنسية؟من تاريخ الجريمة وحتى الآن، هل كان الضحية في
السجن أو قيد المراقبة أو قيد إطلاق السراح المشروط
بسبب جنائية؟

العنوان البريدي

رقم واسم الشارع أو رقم صندوق البريد:

هاتف المنزل:

الرمز البريدي:

الولاية:

المدينة:

العنوان ٢ (رقم الشقة أو الوحدة):

نوع البريد الإلكتروني:

البريد الإلكتروني:

الهاتف المحمول:

التحويل:

هاتف العمل:

إذا كنت تعبئ هذا الطلب نيابة عن قاصر أو بالغ فاقد للأهلية، استمر إلى القسم ٣
إن لم تكن كذلك، تجاوز إلى القسم ٤

القسم ٣ ولي الأمر أو الوصي (مقدم الطلب)

هذا القسم مخصص لأولياء الأمور أو الأوصياء على القصر أو البالغين فاقد الأهلية في القسم ١. يرجى الإشارة إلى صلة قرابتك بالشخص المذكور في القسم ١:

الاسم الأول: الاسم الأوسط: الاسم الأخير: الجنس:

رقم الضمان الاجتماعي (بدون شرطة):
أيا قرباني شماره تأمين اجتماعي دارد؟

تاريخ الميلاد
(شهر يوم سنة):

العنوان البريدي

رقم واسم الشارع أو رقم صندوق البريد:

من تاريخ الجريمة وحتى الآن، هل كنت أنت في
السجن أو قيد المراقبة أو قيد إطلاق السراح
المشروط بسبب جناية؟

هل مطلوب منك التسجيل كأحد
مرتكبي الجرائم الجنسية؟

العنوان ٢ (رقم الشقة أو الوحدة): المدينة: الولاية: الرمز البريدي: هاتف المنزل:

هاتف العمل: التحويلة: الهاتف المحمول: البريد الإلكتروني: نوع البريد الإلكتروني:

استمر إلى القسم ٤**القسم ٤ معلومات حول تكاليفك**

يمكن أن تتوفر المنافع التالية لضحية الجريمة. يرجى وضع علامة على التكاليف التي تطلبها والمرتبطة بالجريمة. يرجى إرفاق نُسخ أو قائمة بأي فواتير مرتبطة بالجريمة.

تكاليف طبية و/أو تكاليف أسنان	تكاليف طبية و/أو تكاليف أسنان	تكاليف طبية و/أو تكاليف أسنان
تكاليف نقل أو انتقال	تكاليف نقل أو انتقال	تكاليف نقل أو انتقال
إعادة التأهيل الوظيفي (لضحية تعرض للإعاقة بسبب الجريمة)	إعادة التأهيل الوظيفي (لضحية تعرض للإعاقة بسبب الجريمة)	إعادة التأهيل الوظيفي (لضحية تعرض للإعاقة بسبب الجريمة)

تكاليف أخرى مرتبطة بالجريمة:

يمكن أن تتوفر المنافع التالية لشخص آخر غير ضحية الجريمة. يرجى وضع علامة على التكاليف التي تطلبها والمرتبطة بالجريمة. يرجى إرفاق نُسخ أو قائمة بأي فواتير مرتبطة بالجريمة.

للشهود القصر على جريمة عنف، لا تتوفر سوى منافع الصحة النفسية. استمر إلى القسم ٥.

علاج صحة نفسية	علاج صحة نفسية	علاج صحة نفسية
تكاليف الجنازة و/أو الدفن	تكاليف الجنازة و/أو الدفن	تكاليف الجنازة و/أو الدفن
التكاليف الطبية لضحية متوف	التكاليف الطبية لضحية متوف	التكاليف الطبية لضحية متوف

استمر إلى الأقسام التالية**طلب منحة الطوارئ:**

يمكن طلب منح الطوارئ في حالات محددة. وتختص منحة الطوارئ بالدفع مقابل التكاليف المرتبطة بجريمة في الحالات التي ستعاني فيها من صعوبة مالية شديدة في حال عدم الدفع مقابل التكاليف المرتبطة بالجريمة فوراً. الصعوبة المالية الكبيرة تعني ألا يظل لديك ما يكفي من المال لتغطية الضروريات مثل الطعام أو الإيجار بعد أن تدفع الفواتير المرتبطة بالجريمة. يتم دفع منح الطوارئ المؤهلة عموماً خلال ٣٠ يوماً تقويمياً من استلام الطلب.

هل تحتاج إلى طلب منحة طوارئ؟

القسم ٥ معلومات الجريمة

اسم وكالة تطبيق القانون
اسم وكالة تطبيق القانون التي تم إبلاغها بالجريمة:

تاريخ/تواريخ وقوع الجريمة

من: -
إذ وقعت في يوم إلى:
واحد، أدخله هنا
➔

تاريخ الإبلاغ عن الجريمة:

رقم بلاغ الجريمة:

صف الإصابات:

موقع الجريمة (إذا كان معروفاً)
العنوان، التقاطع، المنطقة، وما إلى ذلك:

العنوان ٢ (رقم الشقة أو الوحدة):
المدينة:

الولاية:

الرمز البريدي:

المقاطعة حيث وقعت الجريمة:

المشتبه به غير
معروف

الشخص مرتكب الجريمة (المشتبه به)، إذا كان معروفاً
الاسم الأول:
الاسم الأوسط:
الاسم الأخير:

نوع الجريمة:

الاسم الأخير:

القسم ٦ معلومات الوكيل (لا يلزم وكيل لتقديم طلب لتعويض الضحية).

هذا القسم هو للوكلاء فقط، بما فيهم المناصرون والمحامون. لا يحتاج مناصرو مركز مساعدة الضحايا إلا إلى توفير رقم الهاتف، الاسم، رقم المركز، والتوقيع والتاريخ. بالنسبة للمحامين، يرجى تعبئة هذا القسم بالكامل.

يرجى الإشارة إلى علاقتك بالشخص المذكور في القسم ١:

الاسم الأول:

الاسم الأوسط:

الاسم الأخير:

الهاتف:

التحويلة:

اسم المنظمة:

العنوان البريدي
رقم واسم الشارع أو رقم صندوق البريد:

العنوان ٢ (رقم الشقة أو الوحدة):

فقط للعاملين في مركز مساعدة الضحايا:

رقم JP/WC:

للمحامين فقط:

البطاقة الضريبية:

قضية منظورة أمام محاكم الدولة #:

هل تطلب أن تتقاضى أتعابك طبقاً لبند
القانون الحكومي ١٣٩٥٧.٧ (حكومي)؟

هاتف:

البريد الإلكتروني:

التوقيع والتاريخ مطلوبان لكل الوكلاء

توقيع المحامي/الوكيل:

التاريخ:

القسم ٧ كيف عرفت بالبرنامج؟

جهة تطبيق القانون

المدعي العام في المقاطعة

مزود طبي

خدمات حماية الأطفال

خدمات حماية البالغين

مزود الرعاية النفسية

مركز مساعدة الضحايا والشهود

وسائل الإعلام (التلفاز، الراديو، الصحيفة، غير ذلك)

لوحة إعلانية أو ملصق إعلاني

بطاقة أو منشور

غير ذلك:

القسم ٨ معلومات الإبلاغ الفيدرالي

المعلومات الطوعية التالية هي للشخص المتلقي للتعويض وتستخدم لأغراض إحصائية فقط للتوافق مع اللوائح الفيدرالية.

الإثنية: أميركي من أصل أفريقي، آسيوي، جزر المحيط الهادئ، أسباني، قوقازي، أميركي أصلي، غير ذلك:
هل الضحية عاجز؟ هل كان الضحية عاجزاً قبل الجريمة؟

القسم ٩ معلومات التأمين

يرجى إدراج معلومات تأمينك أدناه. برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا هو جهة دفع أخيرة. يمكنك الاتصال بشركة تأمينك كمصدر محتمل للتعويض.

إذا لم يكن لديك تأمين من أي نوع، ضع علامة هنا:

التأمين الصحي

رقم بطاقة التعريف الخاص بالمزايا الطبية: تاريخ الإصدار:

اسم شركة التأمين الصحي: رقم البوليصه: رقم المجموعة: الهاتف: التحويلة

العنوان البريدي

رقم واسم الشارع أو رقم صندوق البريد:

العنوان ٢ (رقم الشقة أو الوحدة): المدينة: الولاية: الرمز البريدي:

اسم المؤمن عليه

الاسم الأول:

الاسم الأوسط:

الاسم الأخير:

هل رفعت دعوى تأمين مرتبطة بهذه الجريمة؟

تأمين مركبة (يشمل السيارات، عربات الشحن، الدراجات النارية، البيت المتنقل، المركب، الجت سكي، الطائرة، وما شابه)
استكمل إذا كانت الجريمة تتعلق بسيارة، بما في ذلك اصطدام المشاة بسيارة.

اسم شركة تأمين المركبة

تأمين آخر: الهاتف: التحويلة

العنوان البريدي

رقم واسم الشارع أو رقم صندوق البريد:

العنوان ٢ (رقم الشقة أو الوحدة): المدينة: الولاية: الرمز البريدي:

اسم المؤمن عليه

الاسم الأول:

الاسم الأوسط:

الاسم الأخير:

هل رفعت دعوى تأمين مرتبطة بهذه الجريمة؟

تأمين آخر

يرجى فحص أي مصادر تأمين أخرى يمكن أن تنطبق على طلبك:

Medi-Cal Medicare Workers' Comp غير ذلك:

إذا كان لديك أكثر من مزود تأمين واحد،
يرجى إدراج ذلك في ورقة منفصلة وإرساله بريدياً مع طلبك.

القسم ١٠ معلومات صاحب العمل

يرجى إدراج صاحب عمل الضحية. إذا كنت ولي أمر/وصي يسعى للحصول على منافع فقدان الأجر بسبب دخول ضحية قاصر إلى المستشفى أو وفاته، أدرج صاحب عملك.

جهة الاتصال
اسم عمل صاحب العمل:
الاسم الأول:
الاسم الأخير:
الهاتف:
التحويلة
هل لا بأس من الاتصال بصاحب العمل؟
العنوان البريدي
رقم واسم الشارع أو رقم صندوق البريد:
العنوان ٢ (رقم الشقة أو الوحدة):
المدينة:
الولاية:
الرمز البريدي:

هل قوت الضحية العمل نتيجة للإصابات المرتبطة بالجريمة؟

هل الضحية ذاتي التوظيف أو كان كذلك؟

هل وقعت الجريمة أثناء تواجد الضحية في العمل أو في مكان العمل؟

إذا كان لديك أكثر من صاحب عمل واحد،
يرجى إدراج ذلك في ورقة منفصلة وإرسالها بريدياً مع طلبك.

القسم ١١ معلومات الدعوى المدنية

هل رفعت دعوى مدنية مرتبطة بهذه الجريمة أو تخطط لذلك؟

ملاحظة: إذا قررت رفع دعوى مدنية، فأنت مُطالب طبقاً للقانون بإبلاغ برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا خلال ٣٠ يوماً من رفع الدعوى.

اسم المحامي
الاسم الأول:
الاسم الأوسط:
الاسم الأخير:
الهاتف:
التحويلة
العنوان البريدي
رقم واسم الشارع أو رقم صندوق البريد:
العنوان ٢ (رقم الشقة أو الوحدة):
المدينة:
الولاية:
الرمز البريدي:

طلبك لتعويض ضحية جريمة يكاد يكتمل

بعد إدخال كل المعلومات المتاحة، قم بطباعة الطلب.

قم بإرفاق نسخ عن أي وثائق تدعم طلبك لتعويض ضحية جريمة، بما في ذلك نسخ عن الفواتير المرتبطة بالجريمة، أو التأمين، أو أي أمر مرتبط بالجريمة. احتفظ بالوثائق الأصلية لسجلتك.

يرجى قراءة الصفحة التالية بحرص، وتوقيعها وتدوين التاريخ عليها وإرسالها إلى العنوان المشار إليه أو تسليمها إلى مركز مساعدة الضحايا والشهود المحلي.

سيقوم برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا بإرسال رسالة لك يقر فيها باستلام طلبك. ستشمل رسالة الإقرار معلومات إضافية حول المنافع المطلوبة في طلبك.

يمكن أن يتصل بك مندوب عن برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا للحصول على المزيد من المعلومات إذا لم تكن قادرًا على توفيرها مع طلبك.

لأي أسئلة حول تعويض الضحايا، يمكنك الاتصال بمركز مساعدة الضحايا والشهود المحلي أو الاتصال ببرنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا على الرقم ١-٨٠٠-٧٧٧-٩٢٢٩.

ينبغي توقيع هذه الصفحة وتدوين التاريخ

القسم ١٢ الإفصاح عن المعلومات

أنا أمّن الإذن لأي مزود رعاية صحية، أي مقدم فواتير طبية، أي مدير جنزات أو أشخاص مماثلين، أي صاحب عمل، أي وكالة شرطة أو وكالة حكومية أخرى بما في ذلك وزارة العدل ودائرة الضمان الاجتماعي ومجلس ضرائب الولاية وخدمة الإيرادات الداخلية الفيديالية، أي شركة تأمين، أو أي شخص أو وكالة أخرى بتوفير المعلومات المتعلقة بهذا الطلب، بما في ذلك المعلومات الطبية (وتشمل دون حصر سجلات التاريخ الطبي أو الجسدي، تقارير الاستشارات، تقارير الباثولوجي، ملخصات الصرف، تقارير العمليات، تقارير الأشعة السينية وصور الأشعة الأخرى، تقارير المختبر، ملاحظات سجل المريض، التقارير السريرية، وسجلات الفواتير)، وسجلات الصحة النفسية، وسجلات إدانات الجنايات إلى برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا أو مندوبه بغرض تحديد الأهلية في منافع برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا. وينطبق هذا الإذن أيضاً على كل موارد استرداد الخسائر المُطالب بها، بما فيها دون حصر المنافع الصحية أو الطبية، منافع البطالة أو العجز، منافع الضمان الاجتماعي (عجز الضمان الاجتماعي، دخل الضمان الإضافي، و/أو التقاعد، بما في ذلك السجلات الطبية و/أو سجلات الصحة النفسية المساندة)، ومنافع المحاربين القدامى. كما أمّن الإذن بالإفصاح عن المعلومات الفيديالية ومعلومات ضرائب الولاية، بما في ذلك مستردات الضرائب، بغرض التحقق من الدخل. وانتازل بموجب هذا عن كل الامتيازات القانونية لأي من هذه المعلومات المطلوبة من قبل برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا فيما يتعلق بدعوي.

أنا أوافق على أن صورة ضوئية أو صورة فاكس عن هذا النموذج الموقع ستكون صالحة بالأصلية، وأن توقيعِي يمنح الإذن بالإفصاح عن كل المعلومات المحددة.

أنا أوافق على أن بإمكان برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا أو مندوبه ملاحقة التعويض من المعتدي المدان في هذا الشأن لاسترداد الأموال المدفوعة إليّ من قبل برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا، وأني بتقديم هذا الطلب قد سمحت باستخدام المعلومات في هذا الطلب وملفات الدعوى اللاحقة للمطالبة بالتعويض من المعتدي المدان.

للتحقق من هذا الطلب أو معالجته، أنا أوافق على أن بإمكان برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا أو مندوبه توفير معلومات حول هذا الطلب والمعلومات المضمنة في هذا الطلب لأي وكيل مذكور في هذا الطلب، وكالة حكومية، أو مزود رعاية صحية أو مزود خدمات آخر، وأن بإمكانه الدفع للمزود مباشرة إذا تمت الموافقة على الدفع مقابل هذه الخدمات.

أنا أوافق على أن بإمكانني إلغاء هذا التصريح في أي وقت. وينبغي أن يكون الإلغاء كتابياً. ويسري الإلغاء عند تلقي برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا له، ولكنني قد أُعتبر غير مؤهل لمنافع برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا ما أن يستلم برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا الإلغاء. إلا أنه ليس لأي مزود رعاية صحية اشتراط العلاج، الدفع، المشاركة أو الأهلية للمنافع بتوقيعي أو عدم توقيعِي لهذا الإذن. ويحق لي الحصول على نسخة من هذا الإذن إلا في ظروف محددة. وأنا أوافق أن من الممكن إعادة الإفصاح عن المعلومات المفصّل عنها طبقاً لهذا الإذن من قبل المتلقي طبقاً لما يتطلبه القانون، وأن إعادة الإفصاح هذه قد لا تعود محمية بالقانون الفيديالي أو قانون الولاية.

أنا أوافق على أن الأذونات والاتفاقيات المضمنة هنا ستنتهي صلاحيتها بعد عشر (١٠) سنوات من تاريخ توقيعِي هذا النموذج.

التوقيع:

التاريخ:

(ينبغي على ولي الأمر أو الوصيّ التوقيع إذا كان الضحية قاصراً أو فاقداً للأهلية).

القسم ١٣ موافقتي على برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا

طبقاً لما يتطلبه قانون كاليفورنيا، سأستصل ببرنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا وأسدد له في حال تلتقيت أنا أو أي شخص بالنيابة عني أي دفعات من المعتدي، دعوى مدنية، بوليصة تأمين، أو أي جهة حكومية أو خاصة أخرى للخسائر التي عانيت منها كنتيجة مباشرة للجريمة التي مثلت أساساً لتلقي المنافع من برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا، وذلك بمقدار إجمالي المنافع التي قدمها برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا. وأنا أفهم أنني قد أكون مسؤولاً عن سداد برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا أي مبلغ يُحدّد لاحقاً أنني لم أكن مؤهلاً له. وسأبلغ برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا في حال عينت محامياً لتمثلي في أي دعوى مرتبطة بهذه الجريمة أو إذا رفعت أي دعوى بنفسي.

سيتم استخدام أي أموال أتلّفها من برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا لتكاليف النقل/الانتقال، تحسين أمن المنزل، أو تعديل المنزل أو المركبة لضحية عاجزة لتلك الأغراض فقط. إذا كنت أنا ضحية عنف منزلي أتلقى تكاليف النقل/الانتقال، فإن أبلغ المعتدي بعنوان منزلي ولن أسمح للمعتدي بدخول محل سكني في أي وقت، أو سأطلب أمراً بالمنع ضد المعتدي.

في حال تم تعويض عني عن أي خسارة مالية من قبل برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا وتلقت ولاية كاليفورنيا فيما بعد تعويضاً عن نفس الخسارة بالنيابة عني من مرتكب الجرم (بما في ذلك أي أموال تم تلقيها من خلال أمر بالتعويض) أو من أي مصدر آخر، فإني بموجب هذا أعين أي حقوق في تعويض مزدوج مماثل وكلها لتعويض الضحايا ومجلس الدعوى الحكومي.

أنا أصرح تحت طائلة حنث اليمين طبقاً لقوانين ولاية كاليفورنيا أن كل المعلومات التي قدمتها صادقة وصحيحة وكاملة لأفضل علمي واعتقادي. وأنا أفهم أنني قد أُعتبر غير مؤهل للمنافع، وأنه قد يتم اتخاذ إجراء لاسترداد المنافع التي أتلفها في حال قدمت معلومات كاذبة أو غير مكتملة عن عمد أو مصلّة.

التوقيع:

التاريخ:

(ينبغي على ولي الأمر أو الوصيّ التوقيع إذا كان الضحية قاصراً أو عاجزاً. عاملو المقاطعة الاجتماعيون، انظر القسم ١١٣)

الاسم بحروف الطباعة:

القسم ١١٣ لعاملي المقاطعة الاجتماعيين فقط

طبقاً لما يتطلبه قانون كاليفورنيا، سأستصل ببرنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا وإبلاغه إذا عرفت أن المدعي قد تلقى أي دفعات من المعتدي، دعوى مدنية، بوليصة تأمين، أو أي أجهزة حكومية أو خاصة أخرى، للخسائر المتكبدة كنتيجة مباشرة للجريمة التي مثلت أساس لتلقي المنافع من برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا.

أنا أصرح تحت طائلة حنث اليمين طبقاً لقوانين ولاية كاليفورنيا أن كل المعلومات التي قدمتها صادقة وصحيحة وكاملة لأفضل علمي واعتقادي. وأنا أفهم أن المدعي قد يُعتبر غير مؤهل للمنافع، وأنه قد يتم اتخاذ إجراء لاسترداد المنافع التي يتلقاها المدعي في حال قدم المدعي معلومات كاذبة أو غير مكتملة عن عمد أو مصلّة.

التوقيع:

التاريخ:

الاسم بحروف الطباعة:

أرسل الطلب المعبأ بريدياً إلى:

California Victim Compensation Program PO
Box 3036, Sacramento, CA 95812-3036

- أو -

سلّمه إلى مركز مساعدة الضحايا والشهود المحلي

للمزيد من المعلومات، اتصل على:

١-٨٠٠-٧٧٧-٩٢٢٩

لذوي المشاكل السمعية، يرجى الاتصال بخدمة
التواصل في كاليفورنيا (٧١١)

calvcp.ca.gov نساعد ضحايا الجرائم في كاليفورنيا منذ عام ١٩٦٥

إخطار الخصوصية بشأن تجميع المعلومات

١. يجمع مجلس تعويض الضحية والمطالبات الحكومية (VCGCB) هذه المعلومات استناداً إلى بنود قانون حكومة كاليفورنيا ١٣٩٥٢ وما يليه و١٣٩٥٤.
٢. تخضع جميع المعلومات المجمعة من هذا الموقع إلى، على سبيل المثال لا الحصر، إلى قانون التعامل مع المعلومات. اطلع على <http://vcgcb.ca.gov/media/pr.a.aspx>.
٣. يتم تجميع هذه المعلومات لغرض تحديد أهلية تلقي التعويض.
٤. يجوز لمجلس تعويض الضحية والمطالبات الحكومية (VCGCB) الإفصاح عن معلوماتك الشخصية إلى مقدم طلب آخر، إذا اقتضى تنفيذ ذلك طبقاً للقانون أو بحسن نية يعد هذا الإجراء ضرورياً للأسباب الآتية:
 - أ. الامتثال لأوامر القانون والالتزام بالإجراء القانوني المفروض على مجلس تعويض الضحية والمطالبات الحكومية (VCGCB) أو الموقع؛
 - ب. الحماية والدفاع عن حقوق وملكية مجلس تعويض الضحايا والمطالبات الحكومية (VCGCB).
 - ج. التصرف تحت الظروف القهرية لحماية السلامة الشخصية لمستخدمي VCGCB أو العامة.
 ٥. يجب على الأفراد تقديم المعلومات المطلوبة فقط.
 ٦. يُلزم تقديم هذه المعلومات.
 ٧. يمكن أن تؤدي عواقب عدم تقديم المعلومات المطلوبة إلى رفض الطلب.
 ٨. يحق لك الحصول على السجلات التي تتضمن المعلومات الشخصية التي قدمتها.
 ٩. يتم استخدام المعلومات المجمعة من خلال برنامج كاليفورنيا لتعويض الضحايا.
 ١٠. لأي استفسارات بشأن المعلومات المجمعة، يُرجى المراسلة على العنوان التالي: PO Box 48, Sacramento, CA 95812، البريد الإلكتروني: info@vcgcb.ca.gov الاتصال على الرقم: ٩٢٢٩-٧٧٧ (٨٠٠)، أو التواصل مع منسق الخصوصية لدى مجلس تعويض الضحية والمطالبات الحكومية (VCGCB) على InfoSecurityandPrivacy@vcgcb.ca.gov.
 ١١. لمزيد من المعلومات عن الخصوصية، يُرجى زيارة إشعار الخصوصية لمجلس تعويض الضحايا والمطالبات الحكومية (VCGCB). اطلع على <http://vcgcb.ca.gov/privacy>.
 ١٢. للمعلومات الخاصة بمعلومات العملاء عن الأمان، يُرجى زيارة <https://oag.ca.gov/privacy/online-privacy>.