

公证协议

《弗吉尼亚州法典》第 19.2-368 条详细列出了这些条款。除非本表格的签名栏上附带签名并经公证人见证，否则您的申请将不予受理。



收款

本人同意，如本人因犯罪行为而需向相关个人或实体提供经济补偿，则刑事伤害赔偿基金（弗吉尼亚州受害者基金）可直接代为支付任何赔偿金。本人理解 VVF 将尝试向犯罪责任人收取我的赔偿金。本人还同意，如本人日后通过任何其他来源追回了所涉钱款、获得了赔偿或起诉了对相关犯罪行为负有责任的人并追回了损失，本人将立即偿还 VVF 的赔偿金。如本人未能偿还 VVF 的赔偿金，则本人同意承担法律允许范围内催收款项所涉及的费用。

宣誓

本人确认已阅读并理解本申请书的内容。本人宣誓，据本人所知，以上信息真实完整。本人理解，如本人提交任何虚假信息，或者本人没有充分配合所有执法机构的工作（包括刑事起诉），则索赔申请可能被拒，或索赔申请可能遭到撤销，并要求赔偿。

授权书：

本人授权任何医院、医生、咨询师、殡仪馆长或其他参与或检查的人员

_____（受害者姓名）和任何市政当局、雇主或工会、保险公司、社会服务局、社会保障办公室或任何其他个人、公司、机构或组织向刑事伤害赔偿基金（弗吉尼亚州受害者基金）或其代表提供所需的任何信息，包括税务数据和先前的犯罪记录，以完成索赔人或受害者的赔偿金索赔申请。本授权书的复印件与原件具有同等效力。本授权书仅用于收集与本申请有关的信息。

本人进一步授权刑事伤害赔偿基金（弗吉尼亚州受害者基金）向处理本人案件的当地受害者证人援助计划披露我的索赔申请档案中的任何和所有信息，受法律保护不得传播的文件除外。

本人已阅读、理解并同意上述条款。本人宣誓或确认自己为申请人；本人已阅读并理解 VVF 的所有要求。据本人所知和所信，所提交的信息真实完整。本人了解《弗吉尼亚州法典》第 19.2-368.16 条的规定，提交虚假信息属于重罪。

工整书写索赔人的姓名

索赔人签名

市/县， _____ 联邦/州

已于 _____ 年 _____ 月 _____ 日在本人面前签字和宣誓。

公证人签名

本人的任职有效期截止至 _____ 年 _____ 月 _____ 日

公证人编号： _____

请注意，刑事伤害赔偿基金（弗吉尼亚州受害者基金）隶属于工人赔偿委员会，该委员会不受 HIPAA 的管辖，就 HIPAA 而言，该基金是“付款人”，无需事先授权即可向其披露信息。

