

公證協議



這些條款完整記載於《維吉尼亞州法典》第 19.2-368 條。除非您於本表格在簽名行上簽署並由公證人證明，否則您的申請將不會被受理。

催收

本人同意刑事傷害賠償基金（維吉尼亞州受害人基金）可將任何為本人利益而判給的賠償金，直接支付予本人因犯罪行為而積欠款項的個人或實體。本人明白，VVF 將嘗試向犯罪責任人催收本人的賠償。本人亦同意，倘若本人日後因犯罪而從任何其他來源回收款項、獲得退款或起訴該犯罪責任人並獲得責任賠償，本人將立即向 VVF 償還賠償金。倘若本人未償還 VVF 賠償金，本人同意負責法律允許的所有催收費用。

誓言

本人確認，本人已經檢視本申請書並明白其內容。本人宣誓，據本人所知，上述內容皆真實完整。本人明白，若本人提交任何虛假資料，或沒有完全配合所有執法機構（包括刑事檢控），則索賠可能會被拒絕、撤銷，且已發放的賠償金可能會被追討。

授權：

本人授權任何曾照護或檢視

_____（受害人姓名）的醫院、醫師、顧問、殯葬業者或其他人，及任何地方政府、雇主或工會、保險公司、社福機構、社會安全辦公室，或其他任何個人、公司、機構或團體，向刑事傷害賠償基金（維吉尼亞州受害人基金）或其代表提供所有要求的資訊，包含稅務資料與先前警方紀錄，以利完成索賠人或受害人的給付理賠申請程序。本授權的影印件應視為具正本同等效力。本授權僅用於收集與此索賠相關的資訊。

本人亦授權刑事傷害賠償基金（維吉尼亞州受害人基金），除了受法律保護不得傳播的檔案外，向處理本人案件的當地受害人證人援助計劃揭露本人的索賠檔案所載的任何及所有資料。

本人已閱讀、理解並同意上述條款。本人宣誓或確認，本人是索賠人；本人已檢視並明白 VVF 的所有要求。據我所知及所信，提交的資料皆真實完整。本人明白，提交虛假資料屬《維吉尼亞州法典》第 19.2-368.16 條訂定的嚴重罪行。

印刷索賠人姓名

索賠人簽名

聯邦/州_____、市/縣_____

於_____年__月__日在_____本人面前簽署並宣誓

公證人簽名

本人的委任將於__年__月__日_____屆滿_____，_____

公證人號碼：_____

請注意，刑事傷害賠償基金（維吉尼亞州受害人基金）隸屬於不受《健康保險流通與責任法案》(HIPAA) 約束的勞工賠償委員會。就 HIPAA 而言，該基金為「付款人」，資訊揭露無需事先授權。

