

공증 계약서



본 계약은 버지니아주법 § 19.2-368 에 완전히 명시되어 있습니다. 공증인의 입회하에 이 양식의 서명란에 서명하지 않으면 신청이 처리되지 않습니다.

추심

본인은 범죄로 인해 본인이 보상금을 지급해야 하는 사람이나 단체에 범죄 피해 보상 기금 (Virginia Victims Fund (버지니아 피해자 기금, VVF)) 이 직접 보상금을 지급할 수 있음에 동의합니다. 본인은 VVF 가 범죄에 책임이 있는 사람에게서 본인의 보상금을 회수하려고 시도할 것임을 이해합니다. 또 본인은 나중에 범죄의 결과로 다른 출처에서 돈을 회수하거나 배상금을 받거나 이 범죄에 책임이 있는 사람을 고소하여 손해배상을 받는 경우 즉시 VVF 보상금을 상환할 것에 동의합니다. VVF 보상금을 상환하지 못할 경우, 본인은 법이 허용하는 모든 추심 비용을 부담하는 데 동의합니다.

선서

본인은 이 신청서를 검토했으며 그 내용을 이해했음을 확인합니다. 본인이 아는 한 사실이며 완전한 정보임을 맹세합니다. 본인은 제출한 정보가 허위이거나 형사 기소를 포함한 모든 사법기관에 완전히 협조하지 않은 경우, 청구가 거부되거나 취소되고 추심이 이루어질 수 있음을 이해합니다.

권한 부여:

본인은 병원, 의사, 상담사, 장례지도사, 기타 참석하거나 검사한 모든 사람이

_____ (피해자 이름) 및 지방 자치 단체, 고용주 또는 노동조합, 보험 회사, 사회복지국, 사회보장국, 기타 개인, 회사, 기관 또는 조합이 범죄 상해 보상 기금 (Virginia Victims Fund) 또는 그 대리인에게 청구인 또는 피해자의 급여 청구 완료에 필요한 세금 자료 및 이전 경찰 기록을 포함하여 요청된 모든 정보를 제공할 수 있도록 합니다. 이 승인서의 사본은 원본과 동일한 효력을 가지며 유효한 것으로 간주됩니다. 이 승인은 이 청구와 관련된 정보만 수집하기 위한 것입니다.

또 본인은 범죄 상해 보상 기금 (Virginia Victims Fund) 이 유포가 불법인 문서를 제외하고 청구 파일에 있는 모든 정보를 본인의 사건을 처리하는 지역의 피해자 증인 지원 프로그램에 공개할 권한을 부여합니다.

위의 약관을 읽고 이해했으며 이에 동의합니다. 본인은 청구인임을 선서 또는 확인하며, VVF 의 모든 요구 사항을 검토하고 이해했음을 확인합니다. 제출한 정보는 본인이 아는 한 사실이며 완전합니다. 본인은 허위 정보를 제출하는 것이 버지니아주법 19.2-368.16 에 따라 중범죄에 해당한다는 것을 이해합니다.

청구인 정자체 이름

청구인 서명

시/카운티 _____, 연방/주 _____

다음 날짜에 본인 앞에서 신청하고 선서함: _____

공증인 서명

내 커미션 만료 날짜: _____

공증인 번호: _____

범죄 상해 보상 기금 (Virginia Victims Fund) 은 Workers' Compensation Commission (산재 보상 위원회) 의 한 부서로 HIPAA 의 적용을 받지 않으며, HIPAA 의 목적상 기금은 사전 승인 없이 공개할 수 있는 '지급자'에 해당합니다.

