



# **Oficina de Servicios a las Victimas del Estado de Nueva York**

## **Solicitud de Compensación e Instrucciones**

1 Columbia Circle, Suite 200  
Albany, NY 12203-6383  
(518) 457-8727

55 Hanson Place, Room 1000  
Brooklyn, NY 11217-1523  
(718) 923-4325

65 Court Street, Room 308  
Buffalo, NY 14202-3406  
(716) 847-7992

# Cómo solicitar compensación

## ¿Quién puede solicitar compensación?

Víctimas inocentes de crímenes, algunos familiares, dependientes y el tutor pueden solicitar compensación a la OVS (Oficina de Servicios a las Víctimas) por gastos no cubiertos por seguros u otra fuente.

## ¿Por qué tipos de gastos puedo recibir compensación?

OVS ofrece compensación para gastos relacionados con lesiones personales, muerte y pérdida de bienes personales esenciales.

Los gastos específicos que OVS puede cubrir incluyen:

- Gastos médicos, de farmacia y de consejería
- Pérdida de bienes personales esenciales (*hasta \$500, incluyendo \$100 por pérdida de dinero en efectivo*)
- Gastos de entierro o de funeral (*hasta \$6,000*)
- Pérdida de sueldo o de ingresos de manutención (*hasta \$30,000*)  
(Padres o guardianes de menores hospitalizados podrían ser elegibles para compensación.)
- Transporte (al médico/a la corte)
- Rehabilitación ocupacional/vocacional
- Seguridad y albergue
- Limpieza de la escena del crimen (*hasta \$2,500*)
- Pérdida de bienes por actos de Buen Samaritano (*hasta \$5,000*)

## ¿Cómo solicito compensación?

Envíenos su solicitud a la OVS con copias llenadas de:

- Reportes de la policía
- Facturas medicas
- Correspondencia con compañías de seguros o plan de beneficios diciendo si cubrirán o no su pérdida
- Tarjetas de seguro
- Recibos de bienes personales esenciales
- Certificado de defunción y contrato funerario
- Acta de nacimiento de la víctima

## ¿Qué pasa si no tengo alguno de los documentos que necesita OVS?

Envíe su solicitud lo antes posible. Puede enviar los otros documentos más adelante.

## ¿Qué pasa si no tengo suficiente espacio en la solicitud de compensación?

Puede adjuntar todas las páginas que necesite al formulario de solicitud.

## ¿Necesito un abogado para presentar un reclamo a OVS?

No. Pero si contrata a un abogado para ayudarlo con este reclamo, puede pedirle a OVS que reembolse hasta \$1,000 de los costos legales.

## ¿Qué pasa si mi propiedad fue perdida, dañada o destruida a causa del crimen?

Si usted es: menor de 18 años o mayor de 60 años de edad, es discapacitado, o fue lesionado, puede solicitar beneficios para reemplazar los bienes *esenciales* o dinero en efectivo que no fueron cubiertos por cualquier otro recurso.

*Esencial* quiere decir que es necesario para su salud y bienestar, como anteojos y ropa.

## ¿Qué pasa si me mudo?

Escriba a la OVS de inmediato. Díganos su nueva dirección y número de teléfono. También infórmenos si cambia su dirección de correo electrónico.

## ¿Qué pasa si tengo preguntas o necesito ayuda para presentar un reclamo?

Le podemos ayudar a encontrar un programa de ayuda a las víctimas cerca de usted. Llámenos al: **1-800-247-8035**

O visite nuestro sitio Web: [www.ovs.ny.gov](http://www.ovs.ny.gov)

Es mejor llenar el formulario por completo – o su reclamo podría tardar más en procesarse.

## ¿Quién puede firmar la solicitud?

Generalmente, la víctima tiene que firmar el reclamo, a menos que sea menor de 18 años de edad, o física o mentalmente incapaz de firmar. De ser el caso, el tutor legal (la persona que recibe los beneficios) debe completar la sección 2 del reclamo y firmar el reclamo.

Si la víctima murió, la persona que solicita beneficios debe completar la sección 2 del reclamo y firmar el reclamo.

## ¿Tengo que llenar el formulario de HIPAA que viene en este paquete?

Sí. Tiene que llenar un formulario HIPAA para *cada* proveedor de servicio. Si necesita más formularios, haga copia del formulario en blanco adjunto.

**New York State  
Office of Victim Services  
1 Columbia Circle, Suite 200  
Albany, NY 12203-6383  
Tel: 1-800-247-8035  
TTY: 1-888-289-9747  
[www.ovs.ny.gov](http://www.ovs.ny.gov)**





Escriba en **impresa**. Responda a todas las preguntas. ! Presentar un reclamo falso es un delito!

**Sólo para el uso del programa de ayuda a las víctimas VAP**

OVS VAP ID	Program Name/Phone	Advocate Name/Email
------------	--------------------	---------------------

**Cuéntenos sobre la víctima.**

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	No. del Seguro Social <input type="checkbox"/> Marque aquí si no tiene.	Fecha de nacimiento	
Dirección:					
Calle	No. de apto. (o apartado postal)	Ciudad	Condado	Estado (o país extranjero)	Código postal
Raza/Etnia: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Indígena Americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No se sabe					
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión libre					
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		¿Estaba la víctima discapacitada cuando ocurrió el crimen? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe			
¿Cómo se enteró que existía el Programa de compensación a las víctimas de crímenes?					
<input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Fiscal <input type="checkbox"/> Programa de ayuda a las víctimas <input type="checkbox"/> Radio/TV <input type="checkbox"/> Folleto/Afiche <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Otro					

**2 Si usted *no* es la víctima y firma este reclamo, cuéntenos sobre usted. (Vea "¿Quién puede firmar el reclamo?" en las Instrucciones.)**

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	No. del Seguro Social <input type="checkbox"/> Marque aquí si no tiene.	Fecha de nacimiento	
Dirección postal:					
Calle	No. de apto. (o apartado postal)	Ciudad	Condado	Estado (o país extranjero)	Código postal

¿Qué relación tiene con la víctima? (Marque solo uno.)

Padre/Madre  Cónyuge  Hijo/a  Tutor  Abogado  Otro (Explique): \_\_\_\_\_

**3 Cuéntenos sobre el crimen. (Marque solo uno.)**

La víctima murió como resultado de:

- Vehículo automotor (DWI)
- Vehículo automotor (Otro)
- Terrorismo
- Incendio provocado
- Tráfico de humanos
- Otro homicidio: \_\_\_\_\_

La víctima resultó lesionada debido a:

- Agresión
- Agresión sexual
- Maltrato físico de un niño
- Maltrato sexual de un niño
- Vehículo automotor (DWI)
- Vehículo automotor (no DWI)
- Otro (Explique): \_\_\_\_\_
- Acecho
- Secuestro
- Terrorismo
- Incendio provocado
- Robo
- Tráfico de humanos

La víctima perdió bienes personales esenciales como resultado de:

- Hurto/Robo  Incendio provocado
- Vehículo automotor (DWI)
- Vehículo automotor (no DWI)
- Tráfico de humanos
- Otro (Explique): \_\_\_\_\_

¿Dónde ocurrió el crimen? (Marque solo uno.)  Trabajo  Casa  Edificio de apartamentos  Calle pública  Metro/bus  
 Estacionamiento  Restaurante/Bar  Escuela/Predio escolar  Centro comercial  Otro (Explique): \_\_\_\_\_

¿Fue un crimen de violencia doméstica? .....  Sí  No  No se sabe

¿Conducía la víctima un "taxi/limusina" cuando ocurrió el crimen? .....  Sí  No  No se sabe

¿Fueron los bienes de la víctima dañados o perdidos al tratar de prevenir o interrumpir un crimen contra otra persona o al ayudar a las autoridades a detener el crimen? .....  Sí  No

Número del informe del crimen: \_\_\_\_\_ Agencia de policía o justicia penal a la que se reportó: \_\_\_\_\_

Condado donde ocurrió el crimen: \_\_\_\_\_ Fecha del crimen: \_\_\_\_\_ Fecha en que reportó el crimen: \_\_\_\_\_

Si pasaron más de 7 días entre la fecha del crimen y la fecha en que lo reportó, explique por qué: \_\_\_\_\_

Si pasó más de un año entre la fecha del crimen y la fecha en que está presentando este reclamo, explique por qué: \_\_\_\_\_

Describa el crimen en sus propias palabras: \_\_\_\_\_

- 4 Cuéntenos sobre el sospechoso.** Nombre del sospechoso (*si lo sabe*): \_\_\_\_\_
- ¿Fue el sospechoso arrestado por este crimen? .....  Sí  No
- ¿Ha sido el sospechoso procesado por este crimen? .....  Sí  No  Pendiente
- ¿Vive el sospechoso en la misma casa que la víctima,  
o es el sospechoso un familiar de la víctima? .....  Sí  No
- ¿Emitió la corte una orden de protección en este caso?.....  Sí  No (*Si respondió que sí, adjunte una copia.*)
- ¿Ordenó la corte al sospechoso pagar restitución? .....  Sí (*Cantidad \$ \_\_\_\_\_*)  No  Pendiente

- 5 Cuéntenos sobre sus gastos relacionados con este crimen.** (*Marque todos los que correspondan.*)
- Médicos  Transporte médico  Funeral/Entierro  Transporte a la corte
- Limpieza de la escena del crimen  Pérdida de manutención  Pérdida de salario  Albergue de violencia doméstica o mudanza
- Dispositivo/Sistema de seguridad  Rehabilitación ocupacional o vocacional  Consejería  Bienes personales esenciales
- Otro (*Explique*): \_\_\_\_\_

**6 Enumere cualquier bien personal esencial, como dinero en efectivo, lentes o ropa que debe ser reemplazada debido a este crimen.** (*Si no hubiera, pase al 7.*)

Describe lo que fue perdido/dañado:	Costo	Describe lo que fue perdido/dañado:	Costo
1. _____	\$ _____	4. _____	\$ _____
2. _____	\$ _____	5. _____	\$ _____
3. _____	\$ _____	6. _____	\$ _____

Compañía de seguros de inmuebles para propietarios/inquilinos	Número de póliza o de identificación	Deducible \$ _____
Compañía de seguro automotor/otro seguro	Número de póliza o de identificación	Deducible \$ _____

— Si no resultó lesionado y sólo pide beneficios por bienes personales esenciales, pase al 15. —

**7 Si la víctima sufrió lesiones o murió como resultado de este crimen, llene a continuación.**

Describe las lesiones de la víctima, brevemente: \_\_\_\_\_

¿Recibió la víctima tratamiento médico?  Sí  No (*Si respondió que No, pase al 8.*)

Cuéntenos sobre los profesionales de atención a la salud que trataron a la víctima por lesiones relacionadas con este crimen:

	Nombre	Dirección	Número de teléfono
Primer hospital	_____	_____	(____) _____
Otros hospitales	_____	_____	(____) _____
Primer médico (no en el hospital)	_____	_____	(____) _____
Otro médico	_____	_____	(____) _____
Primer dentista	_____	_____	(____) _____
Consejero de la víctima	_____	_____	(____) _____

**8 Cuéntenos sobre los dependientes de la víctima u otros que dependen de la víctima para su manutención.** (*Si no hubiera, pase al 9*)

Dependiente	Nombre	No. del Seguro Social ____ - ____ - _____	Fecha de nacimiento	Relación con la víctima
	Dirección			¿Es usted el tutor legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otro dependiente	Nombre	No. del Seguro Social ____ - ____ - _____	Fecha de nacimiento	Relación con la víctima
	Dirección			¿Es usted el tutor legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otro dependiente	Nombre	No. del Seguro Social ____ - ____ - _____	Fecha de nacimiento	Relación con la víctima
	Dirección			¿Es usted el tutor legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si tiene más de 3 dependientes, adjunte una hoja separada y marque aquí:

**9 ¿Aparte de la víctima, recibió alguien consejería como resultado de este crimen? (Si no, pase al 10.)**

¿Quién recibió consejería?	Relación con la víctima	Compañía de seguros facturada por consejería	No. de Póliza o ID
Nombre, dirección y número de teléfono del consejero:			
¿Quién más recibió consejería?	Relación con la víctima	Compañía de seguros facturada por consejería	No. de Póliza o ID
Nombre, dirección y número de teléfono del consejero:			

Si más de 2 personas recibieron consejería por este crimen, marque aquí y adjunte una hoja separada para describirlo.

**10 Enumere todas las pólizas de seguro que cubran a la víctima o a los dependientes de la víctima. Si no tiene seguro, escriba "Ninguno" a continuación. Si usted solicitó uno de los seguros enumerados pero todavía no está cubierto escriba "pendiente" bajo No. de Póliza o ID.**

Compañía de seguros principal	No. de Póliza o ID	Nombre de la(s) persona(s) cubiertas por este seguro:
Compañía principal de seguro médico	No. de Póliza o ID	Nombre de la(s) persona(s) cubiertas por este seguro:
Otro seguro (sindicato, dental, de la vista, etc.)	No. de Póliza o ID	Nombre de la(s) persona(s) cubiertas por este seguro:
Medicare	No. de Póliza o ID	Nombre de la(s) persona(s) cubiertas por este seguro:
Medicaid	No. de Póliza o ID	Nombre de la(s) persona(s) cubiertas por este seguro:
Compensación del trabajador	No. de Póliza o ID	Nombre de la(s) persona(s) cubiertas por este seguro:
Seguro automotor	No. de Póliza o ID	Nombre de la(s) persona(s) cubiertas por este seguro:
Otro seguro	No. de Póliza o ID	Nombre de la(s) persona(s) cubiertas por este seguro:

**11 Cuéntenos sobre el empleo de la víctima y su seguro por Pérdida de Salario. Si no quiere que nos pongamos en contacto con su empleador, no puede solicitar reembolso por pérdida de salario. (Pase al 12)**

¿Estaba la víctima /padres empleado cuando ocurrió el crimen?  Sí  No (Si no, pase al número 12.)  
 ¿Faltó la víctima /padres al trabajo como resultado del crimen?  Sí  No  
 ¿Estaba la víctima empleada por cuenta propia? .....  Sí  No (Si respondió que sí, adjunte copias de la declaración de impuestos federales del año pasado y todos los formularios adicionales.)

Nombre, dirección y número de teléfono del empleador:

( )  
 Empleador Calle Ciudad Estado Código postal Número de teléfono

Nombre, dirección y número de teléfono de otro empleador:

( )  
 Empleador Calle Ciudad Estado Código postal Número de teléfono

Nombre, dirección y número de teléfono del médico que certificó que la víctima no podía asistir al trabajo:

( )  
 Médico Calle Ciudad Estado Código postal Número de teléfono

Cuéntenos sobre cualquier compañía de seguros que cubrirá el tiempo que faltó la víctima al trabajo. (Si no lo hubiere, escriba "Ninguna" a continuación y pase al 12.)

1. Seguro de desempleo	No. de Póliza, ID o "Ninguno"	5. Beneficios del Seguro Social	No. del seguro social
2. Seguro de discapacidad	No. de Póliza, ID o "Ninguno"	6. Beneficios de SSI	No. del seguro social
3. Plan de pensión	No. de Póliza, ID o "Ninguno"	7. Compensación del trabajador	No. de Póliza, ID o "Ninguno"
4. Otro seguro	No. de Póliza, ID o "Ninguno"	8. Otro seguro	No. de Póliza, ID o "Ninguno"

**12 Si la víctima murió y usted tiene que pagar los gastos del entierro, llene a continuación. (Si no, pase al 14.)**

Adjunte copia del contrato de la funeraria, de recibos de gastos del entierro y una copia del Certificado de Defunción, si las tiene.

Nombre de la funeraria: \_\_\_\_\_ No de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle Ciudad Estado Código postal

**13 Si la víctima murió, cuéntenos sobre cualquier seguro de vida o beneficios por defunción.**

(Si la víctima no murió, o no tiene seguro de vida o beneficios por defunción, pase al 14.)

	Nombre de la compañía	Dirección	Número de teléfono	Número de Póliza o ID
Seguro de vida	_____	_____	_____	_____
Plan de pensión	_____	_____	_____	_____
Otro Seguro/Plan	_____	_____	_____	_____
Medicaid	_____	_____	_____	_____
Compensación del trabajador	_____	_____	_____	_____

Si tiene cualquier otro seguro, indíquelo aquí: \_\_\_\_\_

¿Cubren alguna de estas pólizas el costo de entierro de la víctima?  Sí  No

¿Presentó alguien una solicitud de Beneficio de Defunción de Seguro Social?  Sí  No

**14 Cuéntenos sobre su situación financiera. Tiene que llenar CADA casilla de esta sección. Si no tiene, escriba un cero (0).**

¿Cuántos dependientes tiene? \_\_\_\_\_

¿Cuánto es su ingreso anual total (de TODAS las fuentes)? Si no está seguro, escriba un estimado: \$ \_\_\_\_\_

Enumere TODOS sus activos y TODAS sus deudas a continuación. Si no está seguro, escriba un estimado:

Sus activos – Si no tiene, escriba un cero (0).		Sus deudas – ¿Cuánto debe ahora?	
Ahorros, acciones, bonos	\$ _____		Si no tiene, escriba un cero (0).
Bienes inmuebles (casa, etc.)	\$ _____	Hipoteca	\$ _____
Ingresos de seguro de vida	\$ _____	Préstamos	\$ _____
Otro	\$ _____	Otro	\$ _____

**15 Si un abogado privado le está ayudando con este reclamo en un juicio civil, llene a continuación.**

Nombre de la Firma de Abogados	Nombre del Abogado	Dirección	(_____) Número de teléfono
--------------------------------	--------------------	-----------	----------------------------

**16 Autorización del Solicitante:**

Si usted quiere autorizar a un familiar, amigo u otra persona para hablar con OVS en referencia a este caso escriba aquí:

Nombre de la persona	Dirección	(_____) Teléfono
----------------------	-----------	------------------

Yo RECONOZCO que al aceptar compensación de OVS (OVS) se crea un embargo preventivo a favor del Estado de Nueva York por cualquier dictamen judicial relacionado con el crimen sobre el que se basa este reclamo, incluyendo cualquier fallo, acuerdo u orden de restitución. Autorizo adicionalmente a cualquier director de funeraria, abogado, empleador, policía u otra autoridad pública, compañía de seguros o cualquier otra persona que prestó servicios a la persona mencionada anteriormente, o quienes tengan conocimientos de los servicios prestados a dicha persona, a proporcionarle a OVS o a sus representantes la siguiente información: Registros de compensación del trabajador, información relativa al crimen o cualquier lesión o muerte sufrida como resultado del crimen, e información relativa a este reclamo. Si se otorga una compensación, yo autorizo a OVS a hacer pagos directamente al proveedor de servicios. También autorizo a OVS a que comparta los datos y la información sobre mi persona recopilados para este reclamo con el Programa de Asistencia a Víctimas (VAP), para que el VAP pueda ayudar a OVS a procesar mi reclamo y llegar a una determinación. Si se indicó un abogado privado arriba, también autorizo a OVS a que comparta los datos y la información sobre mi persona recopilados para este reclamo con ese abogado, para que pueda actuar como mi representante. Entiendo que además de esta autorización se requerirá un Aviso de Comparecencia separado de mi abogado. Si un miembro de la familia, amigo o otra persona es indicado arriba, Yo autorizo a la Oficina de Servicios a las Víctimas para que comparta mi información y archivos recopilados en este caso con esa persona, de manera que ellos me puedan asistir en este reclamo.

Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el original.

Firma del Solicitante:	Fecha	(_____) Número de teléfono de día
------------------------	-------	-----------------------------------

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Idioma que prefiere hablar:  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

**Para procesar su reclamo, envíenos los siguientes documentos. (Guarda una copia para sus registros.)**

- Todas las facturas y recibos para servicios enumerados en este formulario.
- Su formulario de reclamo, llenado y firmado.
- Un formulario HIPAA llenado para cada proveedor de servicio indicado en este formulario (puede fotocopiar el formulario HIPAA)
- Cartas de cualquier aseguradora denegando o autorizando el pago de servicios enumerados en este formulario.

Recuerde: Tiene que solicitar el pago a su compañía de seguros o plan de beneficios antes de que OVS pueda realizar un pago.

Envíe sus documentos por correo a: New York State Office of Victim Services, 1 Columbia Circle, Suite 200, Albany, NY 12203-6383



**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION PURSUANT TO HIPAA**  
**[This form has been approved by the New York State Department of Health]**

Patient Name	Date of Birth	Social Security Number
Patient Address		

I, or my authorized representative, request that health information regarding my care and treatment be released as set forth on this form: In accordance with New York State Law and the Privacy Rule of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), I understand that:

1. This authorization may include disclosure of information relating to **ALCOHOL** and **DRUG ABUSE, MENTAL HEALTH TREATMENT**, except psychotherapy notes, and **CONFIDENTIAL HIV\* RELATED INFORMATION** only if I place my initials on the appropriate line in Item 9(a). In the event the health information described below includes any of these types of information, and I initial the line on the box in Item 9(a), I specifically authorize release of such information to the person(s) indicated in Item 8
2. If I am authorizing the release of HIV-related, alcohol or drug treatment, or mental health treatment information, the recipient is prohibited from redisclosing such information without my authorization unless permitted to do so under federal or state law. I understand that I have the right to request a list of people who may receive or use my HIV-related information without authorization. If I experience discrimination because of the release or disclosure of HIV-related information, I may contact the New York State Division of Human Rights at (212) 480-2493 or the New York City Commission of Human Rights at (212) 306-7450. These agencies are responsible for protecting my rights.
3. I have the right to revoke this authorization at any time by writing to the health care provider listed below. I understand that I may revoke this authorization except to the extent that action has already been taken based on this authorization.
4. I understand that signing this authorization is voluntary. My treatment, payment, enrollment in a health plan, or eligibility for benefits will not be conditioned upon my authorization of this disclosure.
5. Information disclosed under this authorization might be redisclosed by the recipient (except as noted above in Item 2), and this redisclosure may no longer be protected by federal or state law.
6. **THIS AUTHORIZATION DOES NOT AUTHORIZE YOU TO DISCUSS MY HEALTH INFORMATION OR MEDICAL CARE WITH ANYONE OTHER THAN THE ATTORNEY OR GOVERNMENTAL AGENCY SPECIFIED IN ITEM 9 (b).**

7. Name and address of health provider or entity to release this information:

8. Name and address of person(s) or category of person to whom this information will be sent:  
**NYS OFFICE OF VICTIM SERVICES – 1 COLUMBIA CIRCLE, SUITE 200, ALBANY, NY 12203-6383**

9(a). Specific information to be released:

Medical Record from (insert date) \_\_\_\_\_ to (insert date) \_\_\_\_\_

Entire Medical Record, including patient histories, office notes (except psychotherapy notes), test results, radiology studies, films, referrals, consults, billing records, insurance records, and records sent to you by other health care providers.

Other: \_\_\_\_\_ Include: *(Indicate by Initialing)*

\_\_\_\_\_ **Alcohol/Drug Treatment**

\_\_\_\_\_ **Mental Health Information**

\_\_\_\_\_ **HIV-Related Information**

**Authorization to Discuss Health Information**

(b)  By initialing here \_\_\_\_\_ I authorize \_\_\_\_\_

Initials Name of individual health care provider

to discuss my health information with my attorney, or a governmental agency, listed here:  
**NEW YORK STATE OFFICE OF VICTIM SERVICES**  
 \_\_\_\_\_  
 (Attorney/Firm Name or Governmental Agency Name)

10. Reason for release of information: <i>At request of the individual for purposes of establishing eligibility for New York State Office of Victims Services benefits.</i>	11. Date or event on which this authorization will expire: <i>This authorization will expire upon the termination of the individual's eligibility Office of Victims Services benefits.</i>
12. If not the patient, name of person signing form:	13. Authority to sign on behalf of patient:

All items on this form have been completed and my questions about this form have been answered. In addition, I have been provided a copy of the form.

Signature of patient or representative authorized by law. Date: \_\_\_\_\_

\* **Human Immunodeficiency Virus that causes AIDS. The New York State Public Health Law protects information which reasonably could identify someone as having HIV symptoms or infection and information regarding a person's contacts**