



Заявление на компенсацию жертве преступления

Раздел 1 Заявитель

Заявление заполняется на каждого отдельного человека, обращающегося за помощью.

Раздел 1 должен быть заполнен для всех заявлений. Заявителем является лицо, понесшее расходы или нуждающееся в помощи в результате преступления. Если вы подаёте заявление от имени другого лица, укажите информацию данного лица в Разделе 1, а вашу информацию в Разделе 3.

Предпочитаемый язык общения:

Предпочитаемый язык для корреспонденции:

ИМЯ: ОТЧЕСТВО: ФАМИЛИЯ: ПОЛ:

Кем вы приходите потерпевшему: НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ (Без чёрточек): ДАТА РОЖДЕНИЯ (ММДДГГГГ):

Почтовый адрес

НОМЕР И НАЗВАНИЕ УЛИЦЫ ИЛИ ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК:

Со дня преступления и по настоящее время находился ли заявитель в тюрьме, на probation, условно-досрочном освобождении или под надзором по месту жительства, освободившись после осуждения за тяжкое уголовное преступление?

Необходимо ли заявителю встать на учет как лицо, совершившее преступление сексуального характера?

Адрес 2 (Номер квартиры или комнаты): ГОРОД: ШТАТ: ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС: ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН:

РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН: Доб. номер МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН: АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ: ВИД ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ:

Пометьте здесь, если вы родитель/опекун, подающий заявление от имени несовершеннолетнего лица, свидетеля насильственного преступления. Несовершеннолетние свидетели имеют право только на получение лечения психических расстройств. Заявителю меньше 18-ти лет. Заявитель находился(-ась) в непосредственной близости от насильственного преступления, но не является ни жертвой преступления, ни родственником потерпевшего. Предоставьте информацию о потерпевшем, о преступлении и другую информацию в следующих далее разделах.

Если вы - совершеннолетний потерпевший и расходы относятся к вам, перейдите к Разделу 4

Если нет, перейдите к Разделу 2

Раздел 2 Жертва преступления

Жертвой преступления является лицо, понесшее физический ущерб, лицо, которому угрожали физической расправой или же лицо, погибшее в результате преступления.

ИМЯ: ОТЧЕСТВО: ФАМИЛИЯ: ПОЛ:

НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ (Без чёрточек): ДАТА РОЖДЕНИЯ (ММДДГГГГ): ЕСЛИ ПОТЕРПЕВШИЙ СКОНЧАЛСЯ, УКАЖИТЕ ДАТУ СМЕРТИ (ММДДГГГГ):

Почтовый адрес

НОМЕР И НАЗВАНИЕ УЛИЦЫ ИЛИ ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК:

Со дня преступления и по настоящее время находилась ли жертва в тюрьме, на probation, условно-досрочном освобождении или под надзором по месту жительства, освободившись после осуждения за тяжкое уголовное преступление?

Необходимо ли жертве встать на учет как лицо, совершившее преступление сексуального характера?

Адрес 2 (Номер квартиры или комнаты): ГОРОД: ШТАТ: ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС: ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН:

РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН: Доб. номер МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН: АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ: ВИД ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ:

Если вы подаете заявление на помощь несовершеннолетнему или недееспособному лицу, перейдите к Разделу 3

Если нет, перейдите к Разделу 4

Раздел 3 Родитель или Опекун (Лицо, подающее заявление)

Данный раздел предназначен для родителей или опекунов несовершеннолетних или недееспособных совершеннолетних лиц, указанных в Разделе 1.

Пожалуйста, укажите кем вы приходитесь лицу, указанному в Разделе 1:

ИМЯ: ОТЧЕСТВО: ФАМИЛИЯ: ПОЛ:

НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ (Без чёрточек): ДАТА РОЖДЕНИЯ (ММДДГГГГ):

Имеется ли у заявителя номер Социального Страхования?

Почтовый адрес
НОМЕР И НАЗВАНИЕ УЛИЦЫ ИЛИ ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК:

Со дня преступления и по настоящее время находились ли вы в тюрьме, на probation, условно-досрочном освобождении или под надзором по месту жительства, освободившись после осуждения за тяжкое уголовное преступление?

Необходимо ли вам встать на учет как лицо, совершившее преступление сексуального характера?

Адрес 2 (Номер квартиры или комнаты): ГОРОД: ШТАТ: ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС: ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН:

РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН: Доб. номер МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН: АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ: ВИД ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ:

Перейдите к Разделу 4

Раздел 4 Информация о ваших расходах

Следующие услуги могут полагаться жертвам преступления. Пожалуйста, отметьте понесённые вами, возникшие в результате преступления, расходы, возмещения которых вы требуете. Пожалуйста, приложите копии/список счетов, имеющих отношение к преступлению.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Расходы на медицинские и/или стоматологические услуги | <input type="checkbox"/> Лечение психических расстройств | <input type="checkbox"/> Потеря дохода (если вы пропустили работу вследствие преступления) |
| <input type="checkbox"/> Расходы на переезд или смену места жительства | <input type="checkbox"/> Усовершенствования безопасности жилья | <input type="checkbox"/> Модификации жилья или автомобиля (для получивших инвалидность в результате преступления) |
| <input type="checkbox"/> Профессиональная переподготовка (для получивших инвалидность в результате преступления) | <input type="checkbox"/> Приведение в порядок места преступления | |

Другие расходы, связанные с преступлением:

Перечисленные ниже услуги могут предоставляться лицам, не являющимся жертвами преступления. Пожалуйста, отметьте понесённые вами, возникшие в результате преступления, расходы, возмещения которых вы требуете. Пожалуйста, приложите копии/список счетов, имеющих отношение к преступлению.

Несовершеннолетним свидетелям насильственного преступления полагаются только услуги по лечению нарушений психического здоровья . Перейдите к Разделу 5.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Лечение психических расстройств | <input type="checkbox"/> Утрата заработка (до 30-ти дней, в случае смерти или госпитализации несовершеннолетнего лица) | <input type="checkbox"/> Утрата содержания (для лиц, находившихся на иждивении скончавшегося или недееспособного потерпевшего) |
| <input type="checkbox"/> Похоронные и/или погребальные расходы | <input type="checkbox"/> Приведение в порядок места преступления | <input type="checkbox"/> Усовершенствования безопасности жилья |
| <input type="checkbox"/> Медицинские расходы, связанные с покойным потерпевшим | | |

Перейдите к оставшимся разделам

ХОДАТАЙСТВО О КОМПЕНСАЦИИ В ЭКСТРЕННОМ ПОРЯДКЕ:

В определённых случаях компенсации могут быть затребованы в экстренном порядке. Экстерная помощь предназначена для оплаты расходов, возникших в результате преступления в тех случаях, когда из-за отсутствия незамедлительной оплаты таких расходов у вас возникнут серьёзные финансовые трудности. Под значительными трудностями подразумевается отсутствие денежных средств для оплаты жилья и продуктов питания после оплаты счетов, связанных с преступлением. Экстерные компенсации, соответствующие установленным требованиям, как правило оплачиваются в течении 30-ти дней со дня получения заявления.

Вы хотите оформить ходатайство-о об экстренной компенсации? Да



Раздел 5 Информация о преступлении

Название правоохранительного органа

НАЗВАНИЕ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНОГО ОРГАНА, ГДЕ БЫЛО ЗАРЕГИСТРИРОВАНО ПРЕСТУПЛЕНИЕ:

Дата/даты преступления

С: Отметьте здесь, ПО:

если один и
← тот же день

ДАТА РЕГИСТРАЦИИ ПРЕСТУПЛЕНИЯ:

НОМЕР ЗАЯВЛЕНИЯ О ПРЕСТУПЛЕНИИ:

ОПИШИТЕ ТРАВМЫ:

Место преступления (если известно)

Адрес, пересечение улиц и т.д.:

Адрес 2 (№ комнаты):

ГОРОД:

ШТАТ:

ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС:

ОКРУГ В КОТОРОМ ПРОИЗОШЛО ПРЕСТУПЛЕНИЕ:

Лицо, совершившее преступление (подозреваемый), если известно

ПОДОЗРЕВАЕМЫЙ
НЕИЗВЕСТЕН

ВИД ПРЕСТУПЛЕНИЯ:

ИМЯ:

ОТЧЕСТВО:

ФАМИЛИЯ:

Раздел 6

Информация о представителе (Для того, чтобы оформить заявку на компенсацию жертвы, наличие представителя не обязательно.)

Данный раздел предназначен только для представителей, включая защитников и адвокатов потерпевших. Защитникам Центра помощи жертвам преступлений необходимо предоставить только номер телефона, имя, номер центра, подпись и дату. Адвокаты, пожалуйста, заполните данный раздел полностью.

Просьба указать, кем вы приходите лицу, указанному в Разделе 1:

Другое::

ИМЯ:

ОТЧЕСТВО:

ФАМИЛИЯ:

ТЕЛЕФОН:

Доб. номер

Почтовый адрес

НАЗВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ:

НОМЕР И НАЗВАНИЕ УЛИЦЫ ИЛИ ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК:

Адрес 2 (№ комнаты):

Только для сотрудников Центра помощи жертвам преступлений:

Номер JP/VWC:

ГОРОД:

ШТАТ:

ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС:

Только для адвокатов:

Вы подаёте заявку об оплате в соответствии со статьёй 13957.7(g) Правительственного кодекса?

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ НОМЕР
НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА:

НОМЕР ЛИЦЕНЗИИ:

ТЕЛЕФОН:

АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ:

Подпись и дата обязательны для всех представителей

Подпись адвоката/Представителя:

Дата:

Раздел 7

Как вы узнали о Программе?

- Правоохранительные органы
 Окружной прокурор
 Медицинское учреждение
 Службы защиты детей
 Службы охраны взрослых
 Поставщик психиатрические услуги
 Центр помощи жертвам/свидетелям
 СМИ (ТВ, радио, газета и т.д.)
 Афиша или объявление
 Приглашение или буклет
 Другое:

Раздел 8 Отчётная информация для федеральных агентств

Следующая добровольная информация касается лица, получающего компенсацию и используется исключительно для статистических целей в соответствии с федеральными постановлениями.

Расовая принадлежность: Афроамериканец (-ка) Азиат(-ка), уроженец(-ка) островов Тихого Океана Белокожий(-ая) Коренной индеец Другое:

Латиноамериканец(-ка) Пострадавшее лицо недееспособно? Было ли пострадавшее лицо недееспособным до преступления?

Раздел 9 Информация о страховании

Пожалуйста, укажите далее информацию о вашем страховании. Программа Калифорнии по компенсации жертв (CalVCP) является плательщиком последней инстанции. Мы можем связаться с вашей страховой компанией как с потенциальным источником возмещения затрат.

Если вы не застрахованы, отметьте здесь:

Страхование здоровья

Номер идентификационной карты получателя льгот системы Medi-Cal: Дата выдачи:

НАЗВАНИЕ КОМПАНИИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ: НОМЕР ПОЛИСА: НОМЕР ГРУППЫ: ТЕЛЕФОН: Доб. номер

Почтовый адрес

НОМЕР И НАЗВАНИЕ УЛИЦЫ ИЛИ ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК: Адрес 2 (№ комнаты): ГОРОД: ШТАТ: почтовый индекс:

Имя держателя страхового полиса

ИМЯ: ОТЧЕСТВО: ФАМИЛИЯ: Вы подали страховой иск в связи с данным преступлением?

Страхование автотранспорта (включает в себя автомобиль, грузовик, мотоцикл, кемпер, лодку, гидроцикл, самолёт и т.д.)

Заполните, если преступление совершено с участием автомобиля, в том числе против пешеходов, сбитых автомобилем.

НАЗВАНИЕ КОМПАНИИ ПО СТРАХОВАНИЮ АВТОТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ: НОМЕР ПОЛИСА: ТЕЛЕФОН: Доб. номер

Почтовый адрес

НОМЕР И НАЗВАНИЕ УЛИЦЫ ИЛИ ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК: Адрес 2 (№ комнаты): ГОРОД: ШТАТ: почтовый индекс:

Имя держателя страхового полиса

ИМЯ: ОТЧЕСТВО: ФАМИЛИЯ: Вы подали страховой иск в связи с данным преступлением?

Другое страхование

Пожалуйста, отметьте любые дополнительные источники страхования, которые могут иметь отношение к вашему заявлению:

Medi-Cal Medicare Workers' Comp Другое:

Если у вас более чем один поставщик страховых услуг, пожалуйста, укажите это на отдельном листе бумаги и отошлите по почте вместе с вашим заявлением.



Раздел 10 Информация о работодателе

Пожалуйста, укажите работодателя пострадавшего. Если вы родитель/опекун, желающий получить компенсацию за утрату заработка вследствие госпитализации или смерти несовершеннолетней жертвы, укажите вашего работодателя.

Контактное лицо

НАЗВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ
РАБОТОДАТЕЛЯ:

ИМЯ:

ФАМИЛИЯ:

ТЕЛЕФОН:

Доб. номер

Мы МОЖЕМ
связаться с
работодателем?

Почтовый адрес

НОМЕР И НАЗВАНИЕ УЛИЦЫ ИЛИ ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК:

Адрес 2 (№ комнаты):

ГОРОД:

ШТАТ:

почтовый индекс:

Занимается ли/Занимался ли
пострадавший индивидуальной
трудоустройством?

Пропустил ли пострадавший работу в результате травм, имеющих отношение к преступлению?

Преступление произошло в то время, когда потерпевший был на работе?

Если у вас более чем один работодатель, пожалуйста, укажите это на отдельном листе бумаги и отошлите по почте вместе с вашим заявлением.

Раздел 11 Информация о гражданских исках

Подали ли вы, или планируете подать, гражданский иск в суд в отношении данного преступления?

Примечание: Если вы планируете подать гражданский иск в суд, по закону вы обязаны уведомить CalVCP в течение 30 дней с момента подачи иска.

Имя адвоката

ИМЯ:

ОТЧЕСТВО:

ФАМИЛИЯ:

ТЕЛЕФОН:

Доб. номер

Почтовый адрес

НОМЕР И НАЗВАНИЕ УЛИЦЫ ИЛИ ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК:

Адрес 2 (№ комнаты):

ГОРОД:

ШТАТ:

почтовый индекс:

Ваше заявление о компенсации жертвы преступления почти заполнено

- ▶ Распечатайте заявление после того, как вы предоставили всю имеющуюся информацию.
- ▶ Приложите копии любой документации, имеющей отношение к вашему заявлению о компенсации жертвы преступления, включая копии счетов, страховых обязательств или любых других документов, имеющих отношение к преступлению. Сохраните оригиналы документов для собственного архива.
- ▶ Пожалуйста, внимательно прочитайте следующую страницу, поставьте дату, вашу подпись и отошлите по указанному адресу или доставьте в местный Центр помощи жертвам/свидетелям.
- ▶ Программа CalVCP вышлет на ваш адрес письмо, подтверждающее получение вашего заявления. В подтверждении будет предоставлена дополнительная информация о льготах, указанных в вашем заявлении.
- ▶ Представитель CalVCP может связаться с вами с целью получения дополнительной информации, если таковая не была предоставлена в вашем заявлении.
- ▶ Если у вас имеются какие-либо вопросы относительно компенсаций потерпевшим, вы можете обратиться в ваш местный Центр помощи жертвам/свидетелям или позвонить в CalVCP по телефону 1-800-777-9229.

Эта страница ДОЛЖНА быть подписана и датирована.

Раздел 12 Предоставление информации

С целью определения прав на получение льгот CalVCP, я даю своё согласие всем без исключения медицинским учреждениям; медицинским финансово-расчётным организациям, сотрудникам похоронных бюро или аналогичных услуг, любому работодателю, правоохранительным органам и органам власти, включая Министерство юстиции, Управление социального обеспечения, Управление штата по налогам на монопольные права и привилегии, а также Федеральную налоговую службу; страховым компаниям и любым другим лицам и агентствам, на предоставление информации имеющей отношение к данному заявлению, включая медицинскую документацию (куда, помимо прочего, могут входить записи об истории болезни или физическом состоянии, результаты исследований, гистопатологические заключения, выписки из истории болезни, протоколы операций, заключения рентгеноскопии и другие рентгенологические исследования, результаты анализов, выдержки из медкарт, повествовательные отчёты и информация о выставленных счетах), отчёты о психическом состоянии и информацию о судимостях в связи с уголовными преступлениями, Программе Калифорнии по компенсации жертв (CalVCP) и её представителям. Данное согласие также распространяется на все источники возмещения заявленных убытков, куда, помимо прочего, входят медицинское страхование и льготы, пособия по безработице или инвалидности, пособия социального обеспечения (пособие по нетрудоспособности из фонда социального обеспечения, дополнительный доход по социальному обеспечению и/или пенсия, включая медицинскую документацию и документацию о психическом состоянии), льготы ветеранам войны. Я также даю своё согласие на предоставление информации о федеральных налогах и налогах штата, включая информацию о налоговой декларации, с целью подтверждения дохода. Таким образом, я отказываюсь от всех законных привилегий в отношении любого из пунктов информации, запрашиваемых CalVCP в связи с моим иском.

Я согласен(-сна) с тем, что фотокопия или факс данного подписанного документа имеют такую же законную силу как и оригинал, а моя подпись даёт разрешение на предоставление всей указанной информации.

Я согласен(-сна) с тем, что программа CalVCP или её представители могут добиваться возмещения убытков за счёт осуждённого по данному делу с целью возврата денежных средств, выплаченных мне программой CalVCP, а также с тем, что, подав данное заявление, я разрешил(-а) использовать информацию, указанную в данном заявлении и последующих исковых документах для возмещения убытков за счёт осуждённого.

Я согласен(-сна) с тем, что для рассмотрения данного заявления программа CalVCP или её представители могут предоставить информацию о данном заявлении, а также информацию, содержащуюся в нём, любому из представителей, указанных в данном заявлении, органам власти или медицинским учреждениям, или другим поставщикам услуг, а также напрямую оплатить услуги, предоставленные их поставщиком, если оплата данных услуг одобрена.

Я согласен(-сна) с тем, что могу отозвать данное разрешение в любое время. Аннулирование должно быть оформлено в письменном виде. Аннулирование вступит в силу с момента его получения программой CalVCP, но я могу потерять права на льготы, после того как заявление об отзыве будет получено программой CalVCP. Тем не менее, ни одно медицинское учреждение не вправе обуславливать лечение, оплату, зачисление или право на льготы на основании того, что я подпишу данное разрешение. Я имею право на получение копии данного разрешения, за исключением отдельных случаев. Я согласен(-сна) с тем, что информация, предоставленная на основании данного разрешения, может быть повторно раскрыта получателем в установленном законом порядке, и что повторное раскрытие информации может лишиться защиты со стороны федеральных законов и законов штата.

Я согласен(-сна), что разрешения и соглашения данного документа истекут по истечении десяти (10) лет со дня подписания мной данного заявления.

Подпись:

Дата:

(В случае, если пострадавший является несовершеннолетним или недееспособным лицом, подпись ставится родителем или опекуном.)

Раздел 13 Мой договор с Программой Калифорнии по компенсации жертв

В соответствии с законодательством Калифорнии, в том случае, если я (или другое лицо, действующее от моего имени), получу какие-либо выплаты от правонарушителя, выплаты по страховому полису, выплаты в результате гражданского иска, а также выплаты со стороны любых других государственных или частных структур, в качестве компенсации за ущерб, причинённый вследствие преступления, ставшего причиной получения льгот от CalVCP, я свяжусь с Программой Калифорнии по компенсации жертв (CalVCP) и верну разницу, эквивалентную льготам, предоставленным CalVCP. Я понимаю, что несу ответственность за возврат CalVCP любой суммы в том случае, если получение мной средств позднее будет определено необоснованным. Я уведомляю CalVCP в том случае, если воспользуюсь услугами адвоката для защиты моих интересов в каких бы то ни было судебных делах в связи с данным преступлением, или же если от своего имени буду защищать мои интересы в суде.

Любые денежные суммы, полученные мной от CalVCP в связи с расходами, связанными с переездом/сменой места жительства, усовершенствованием безопасности жилья, а также модификацией жилья или автомобиля недееспособной жертвы, будут использованы исключительно в этих целях. Если я являюсь жертвой домашнего насилия и получаю средства в связи с переездом/сменой места жительства, я не сообщу правонарушителю мой домашний адрес, правонарушителю будет запрещён доступ на территорию в любое время; или я буду добиваться выдачи запретительного судебного постановления в отношении правонарушителя.

В том случае, когда после получения мной компенсации CalVCP за материальный ущерб фонд штата Калифорния получает повторную компенсацию на мой счёт на ту же сумму со стороны правонарушителя (включая денежные суммы, полученные посредством реституции) или из любого другого источника, я настоящим передаю все права на данную компенсацию Комитету по вопросам компенсации жертв и иском.

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство по законам штата Калифорния, что предоставленная мной информация является правдивой и точной, укомплектованной в меру моих знаний и убеждений. Я понимаю, что в случае предоставления мной неверной, заведомо неполной и ложной информации, заявитель может потерять право на льготы и мне может быть предъявлен иск с целью компенсации льгот, предоставленных ранее.

Подпись:

Дата:

(В случае, если пострадавший является несовершеннолетним или недееспособным лицом, подпись ставится родителем или опекуном. Соэработникам округа следует перейти к Разделу 13а.)

Имя печатными буквами:

Раздел 13а Только для соцработников округа

В соответствии с законодательством Калифорнии, если мне станет известно о том, что заявитель получает какие-либо выплаты от правонарушителя, выплаты по страховому полису, выплаты в результате гражданского иска, а также выплаты со стороны любых других государственных или частных структур, в качестве компенсации за ущерб, причинённый в следствие преступления, ставшего причиной получения льгот от CalVCP, я свяжусь с Программой Калифорнии по компенсации жертв (CalVCP) и представлю данную информацию.

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство по законам штата Калифорния, что предоставленная мной информация является правдивой и точной, укомплектованной в меру моих знаний и убеждений. Я понимаю, что в случае предоставления заявителем неверной, заведомо неполной и ложной информации, заявитель может потерять право на льготы и заявителю может быть предъявлен иск с целью компенсации льгот, предоставленных ранее.

Подпись:

Дата:

Имя печатными буквами:

Отправьте заполненное заявление по адресу:
California Victim Compensation Program
PO Box 3036, Sacramento, CA 95812-3036

- или -

доставьте в местный **Центр помощи жертвам/свидетелям**

Для получения более подробной информации звоните по телефону:

1-800-777-9229

Лица с дефектами слуха могут воспользоваться радиорелейной службой Калифорнии, позвонив по телефону (711)

calvcp.ca.gov Мы помогаем жертвам преступлений в штате Калифорния с 1965 года

Уведомление о конфиденциальности при сборе информации

1. VCGCB собирает данную информацию на основании Административного кодекса Калифорнии, разделы 13952 и далее и 13954.
2. Вся информация, собираемая с этого сайта, регулируется, помимо всего прочего, Законом о практических методах обращения с информацией. См. <http://vcgcb.ca.gov/media/pra.aspx>.
3. Эта информация собирается для целей определения права на получение компенсации.
4. VCGCB может раскрывать вашу личную информацию другому запрашивающему лицу или организации только если это требуется законом или с искренним убеждением что такие меры необходимы для:
 - a. Соблюдения законодательных актов или юридических процедур, относящихся к VCGCB или сайту;
 - b. Защиты прав или собственности VCGCB; и
 - c. Действия в чрезвычайных ситуациях для защиты личной безопасности пользователей VCGCB или общественности.
5. Частным лицам следует предоставлять только запрашиваемую информацию.
6. Предоставленная информация является обязательной.
7. Непредоставление требуемой информации может привести к отклонению вашего заявления.
8. У вас есть право доступа к записям, содержащим предоставленную вами личную информацию.
9. Собранная информация используется Программой Калифорнии по компенсации жертв.
10. Любые вопросы относительно собранной информации задавайте, написав по следующему адресу: PO Box 48, Sacramento, CA 95812, на электронную почту info@vcgcb.ca.gov, позвонив (800) 777-9229, или связавшись с координатором конфиденциальной информации VCGCB по InfoSecurityandPrivacy@vcgcb.ca.gov
11. За дополнительной информацией по конфиденциальности см. Уведомление о конфиденциальности VCGCB. См. <http://vcgcb.ca.gov/privacy.aspx>.
12. За дополнительной информацией по безопасности потребителей зайдите на <https://oag.ca.gov/privacy/online-privacy>.