



APLIKASYON SA PROGRAMANG KOMPENSASYON SA MGA BIKTIMA NG KRIMEN

Hukuman ng Paghahabol ng
Estado ng Illinois

Pangunahing Abogado ng
Estado ng Illinois

MGA PANUTO SA APLIKASYON

- **Sino ang dapat gumawa ng aplikasyon?** Ang aplikasyon ay dapat kumpletuhin ng isa sa mga sumusunod: 1) Isang tao na higit sa edad na 18 at nabanggit sa Batas sa Kompensasyon sa mga Biktima ng Krimen [Crime Victims Compensation Act] bilang isang elihibleng aplikante sa ilalim ng 740 ILCS 45/2 na naghahanap ng reimbursement para sa kanilang sariling mga gastos; o 2) Kung ang biktima ay wala pang 18 taong gulang o may legal na disabilidad, dapat kumpletuhin ng magulang o legal na tagapangalaga ng biktima ang aplikasyon para sa kanila; o 3) Sinumang tao na nagbayad o naging obligado na magbayad ng mga gastos ng biktima (medikal / ospital, lamay / libing). **Ang aplikasyon ay dapat lagdaan ng alinman sa aplikante o ng magulang o legal na tagapangalaga ng biktima kung ang biktima ay wala pang 18 taong gulang o may legal na disabilidad.**
- **Mga dokumento.** Ang mga dokumento upang suportahan ang iyong kahilingan para sa kompensasyon ay kakailanganin upang maproseso ang iyong paghahabol. Kung mayroon, mangyaring magpadala ng mga kopya ng lahat ng mga dokumentong mayroon ka kasama ang nakumpletong aplikasyon (hal., ulat ng pulisya, plenary order of protection, civil no-contact order, mga bayarin sa ospital o doktor). Kung wala ka ng lahat ng mga dokumento, mangolekta ng mga kopya ng anumang karagdagang dokumentasyon upang magkaroon ka nito kapag kami ay nakipag-ugnayan sa iyo.
- **Mga ulat ng pulisya.** Upang makumpleto ang aming imbestigasyon, hihilingin namin ang isang ulat ng pulisya para sa insidente. Kung mayroon ka ng numero ng ulat ng pulisya, mangyaring isama ito sa seksyon ng krimen. Kung wala ka ng numero ng ulat, mangyaring magbigay ng maraming impormasyon tungkol sa krimen hangga't maaari.
- **Mangyaring kumpletuhin ang aplikasyon sa pamamagitan ng pagbibigay ng lahat ng hinihiling na impormasyon.** Maglakip ng karagdagang mga pahina kung ang aplikasyon ay hindi nagbibigay ng sapat na espasyo. Suriin ang aplikasyon pagkatapos makumpleto upang matiyak na ang lahat ng kinakailangang impormasyon ay naisama. Ipadala ang iyong nakumpletong aplikasyon sa:
Office of the Illinois Attorney General
Crime Victim Compensation Bureau
115 South LaSalle Street
Chicago, IL 60603
- **Pagbabago ng adres o numero ng telepono.** Kapag naisumite mo na ang aplikasyon, dapat mong ipaalam kaagad sa Tanggapan ng Pangunahing Abogado [Attorney General's Office] kung magbago ang iyong mailing address o numero ng telepono. Ang hindi pagbibigay ng itinamang impormasyon sa pakikipag-ugnayan ay maaaring magresulta sa hindi paghahain ng paghahabol sa Hukuman ng Paghahabol [Court of Claims] o pagrerekomenda na ito ay isarado nang walang pagbabayad.
- **Kung matukoy namin na ikaw ay elihibleng tumanggap ng reimbursement mula sa programa,** maaari kaming humiling ng karagdagang dokumentasyon mula sa iyo upang suportahan ang iyong kahilingan para sa reimbursement. Ang lahat ng mga pormularyo na dapat kumpletuhin o mga dokumento na hiniling ng Pangunahing Abogado ay dapat ibalik sa tanggapan sa loob ng 45 araw bago ma-reimburse ang anumang mga gastos.
- **Kung kailangan mo ng tulong sa pagkumpleto ng aplikasyon na ito** o nais mo ng mga referral para sa mga serbisyo, makipag-ugnayan sa Tanggapan ng Pangunahing Abogado ng Illinois sa 1-800-228-3368. Ang mga indibidwal na may kapansanan sa pandinig o pagsasalita ay maaaring makipag-ugnayan sa amin sa pamamagitan ng paggamit ng 7-1-1 relay service.

- Kung ikaw ang nasugatan/nasaktang biktima ng isang marahas na krimen at ikaw ay higit sa edad na 18, mangyaring punan ang impormasyon ng biktima lamang. Ikaw ang biktima at ang aplikante kaya hindi mo na kailangang ulitin ang iyong impormasyon sa pakikipag-ugnayan sa Section 1, Part B. Dapat mong lagdaan ang aplikasyon.
- Kung hindi ikaw ang nasugatan/nasaktang biktima ngunit isang elihibleng aplikante na naghahanap ng reimbursement para sa iyong sariling mga gastos, maaari kang humiling ng reimbursement para sa iyong sariling mga pagkalugi na nagresulta mula sa krimen. Sa mga pagkakataong ito, ikaw ay isang elihibleng aplikante. Kung ikaw ay isang elihibleng aplikante at higit sa edad na 18, mangyaring punan ang impormasyon ng aplikante sa Section 1, Part B ng iyong impormasyon. Kumpletuhin ang Section 1, Part A ng impormasyon ng nasugatan/nasaktan o namatay na mga biktima. Dapat mong lagdaan ang aplikasyon.
- Kung ikaw ay nag-a-apply sa ngalan ng isang menor de edad, may kapansanan, o namatay na biktima (ibig sabihin, ikaw ay magulang ng isang menor de edad o ang kamag-anak ng isang namatay na biktima), mangyaring ilagay ang impormasyon ng nasugatan/nasaktan o namatay na biktima sa Section 1, Part A at ang iyong impormasyon sa pakikipag-ugnayan sa Section 1, Part B. Kung ikaw ang kukumpleto ng aplikasyon sa ngalan ng isang menor de edad, may kapansanan, o namatay na biktima, dapat mong lagdaan ang aplikasyon.
- Kung ikaw ay nag-a-apply upang makatanggap ng reimbursement para sa mga gastos na iyong binayaran o naging obligadong magbayad sa ngalan ng biktima, ikaw ay isang elihibleng aplikante. **Dapat mong punan ang Section 1, Part A ng impormasyon para sa biktima na pisikal na sinaktan. Dapat mong punan ang Section 1, Part B ng iyong impormasyon. Dapat mong lagdaan ang aplikasyon.**
- Ang iyong tamang impormasyon ay kinakailangan upang makipag-ugnayan sa iyo ang aming tanggapan para sa karagdagang mga katanungan at upang magpadala ng mga dokumento. Kung hindi tama ang iyong impormasyon sa pakikipag-ugnayan, maaaring hindi ka makatanggap ng bayad.
- Ang isang tagapagtaguyod [advocate] ay nakikipagtulungan sa mga biktima ng krimen at nagbibigay ng tulong at mga referral. Hindi mo kailangan ng isang tagapagtaguyod upang mag-apply para sa kompensasyon. Gayunpaman, kung ikaw ay may kasamang isang tagapagtaguyod at nais mong makipag-usap kami sa iyong tagapagtaguyod tungkol sa iyong paghahabol o makakuha ng impormasyon tungkol sa iyong kaso mula sa iyong tagapagtaguyod, mangyaring ilista ang impormasyon sa Section 1, Part C.
- Kung may isa pang indibidwal na nais mong kausapin namin tungkol sa iyong paghahabol, mangyaring ibigay ang pangalan ng taong iyon sa Section 1, Part C. Kung ikaw ay hindi makontak ng mga analyst na nagtatrabaho sa iyong paghahabol, maaaring hindi irekomenda ang iyong paghahabol para sa pagbabayad. Nakakatulong, ngunit hindi kinakailangan, na magkaroon ng isa pang paraan ng pagkuha ng impormasyon tungkol sa paghahabol upang maiwasan ang pagiging hindi elihible para sa programa. Kung ang taong nakalista ay hindi makontak o hindi makapagbigay ng kinakailangang impormasyon, ikaw ay kokontakin para talakayin ang paghahabol.
- Kung hindi ikaw ang taong pisikal na nasaktan, ngunit isa pa ring elihibleng aplikante, ang asawa o magulang ng isang biktima na nag-a-apply para sa iyong sariling mga gastos, mangyaring kumpletuhin ang isang hiwalay na aplikasyon para sa iyong sarili kapag nag-a-apply para sa iyong sariling mga gastos.

Seksyon 2. Impormasyon ng Krimen at Hukuman

- Ang seksyong ito ay nangongolekta ng impormasyon tungkol sa krimen at sa anumang mga paglilitis sa hukuman na naganap bilang resulta ng krimen. Hindi lahat ng mga seksyon ay maaaring angkop sa iyong sitwasyon; magbigay ng maraming impormasyon na mayroon ka.
- Isama ang numero ng ulat ng pulisya, kung alam ito.
- Mangyaring magsumite ng isang aplikasyon para sa bawat krimen.

Seksyon 3. Mga Pagkalugi na Hinahabol

- Ang seksyong ito ay nangongolekta ng impormasyon sa kung anong mga uri ng maaaring bayarang mga pagkalugi na maaaring natamo mo bilang resulta ng krimen. Ang mga maaaring bayarang pagkalugi ay yaong mga uri ng pagkalugi na sakop ng Batas sa Kompensasyon sa mga Biktima ng Krimen.
- Kung mayroon kang anumang mga katanungan o nais na magkaroon ng higit pang impormasyon sa mga uri ng gastos na maaaring bayaran, mangyaring tumawag sa 1-800-228-3368. Ang mga indibidwal na may kapansanan sa pandinig o pagsasalita ay maaaring makipag-ugnayan sa amin sa pamamagitan ng paggamit ng 7-1-1 relay service.

Seksyong 4. Impormasyong Medikal at Mga Benepisyo

- Kumpletuhin lamang ang seksyong ito kung ikaw ay nag-a-apply para sa mga gastos sa medikal, dental, o counseling.
- Kung ikaw ay isang elihibleng aplikante, na nag-a-apply para sa mga gastos sa counseling na iyong natamo dahil sa krimen laban sa nasugatan/nasaktang biktima, punan ang isang hiwalay na aplikasyon para sa iyong sarili bilang isang elihibleng aplikante.
- Ang mga gastos sa counseling ay maaari lamang ikonsidera para sa pagbabayad kung ang counseling ay ibinigay ng isa sa mga sumusunod: lisensyadong clinical psychologist, lisensyadong clinical social worker, lisensyadong clinical professional counselor, lisensyadong propesyonal na counselor o isang Christian Science practitioner/nurse.

Seksyong 5. Impormasyon sa Pagtatrabaho

- Kumpletuhin ang seksyong ito kung ikaw ay nag-a-apply para sa mga nawalang kita. Available ang reimbursement para sa mga kita na nawala dahil sa hindi pagpasok sa trabaho para makarekober mula sa krimen at makadalo sa hukuman.
- Kung ikaw ay isang magulang, asawa, o anak na nag-a-apply para sa nawalang kita dahil sa hindi pagpasok sa trabaho upang alagaan ang iyong nasugatan/nasaktang anak, asawa, o magulang, punan ang isang hiwalay na aplikasyon na naglilista sa iyong sarili bilang biktima.

Seksyong 6. Impormasyon ng Lamay/Libing at Mga Benepisyo sa Kamatayan

- Punan ang seksyong ito kung ikaw ay nag-a-apply sa ngalan ng isang namatay na biktima.
- Ang pagkawala ng suporta ay ibinibigay kapag ang isang biktima ng krimen ay nagtatrabaho bago ang krimen, ngunit dahil sa kanyang pagkamatay ay hindi na makakapagbigay ng pinansyal na suporta o nakakatugon sa isang legal na obligasyon na magbigay ng pinansyal na suporta.
- Kailangan namin ng impormasyon tungkol sa lahat ng mga umaasa sa biktima bago makagawa ng anumang mga rekomendasyon. Isama ang (mga) pangalan ng sinumang umaasa, petsa ng kapanganakan, at pangalan at numero ng telepono ng (mga) legal na tagapangalaga.

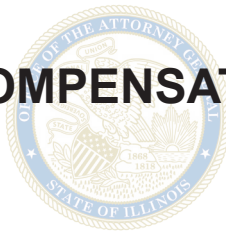
Seksyong 7. Sertipikasyon at Awtorisasyon

- Ang Acknowledgement of Subrogation ay nagpapahiwatig na nabasa mo ang seksyon, naiintindihan at sumasang-ayon na i-subrogate ang iyong mga karapatan sa recovery kung sakaling makakuha ka ng bayad-pinsala [restitution] mula sa kasong kriminal o pera mula sa isang kasong sibil. Nangangahulugan ito na kung ikaw, o sinumang mga vendor sa iyong ngalan, ay nakatanggap ng pera mula sa Programang Kompensasyon sa mga Biktima ng Krimen, ikaw ay sumasang-ayon na kung mabawi mo ang pera mula sa anumang ibang mapagkukunan, tulad ng mula sa nagkasala o isang kasong sibil, ay ibabalik mo ang pera na natanggap mo mula sa Programang Kompensasyon sa mga Biktima ng Krimen.
- Ang Pagpapalabas ng Impormasyon ay nagpapahintulot sa Tanggapan ng Pangunahing Abogado ng Illinois na humiling ng medikal, pinansyal at iba pang kinakailangang impormasyon upang maproseso ang iyong paghahabol. Ang Tanggapan ng Pangunahing Abogado ng Illinois ay hihilingin lamang kung ano ang kinakailangan upang imbestigahan ang paghahabol.
- Basahin ang Sertipikasyon ng Aplikasyon, na nagpapatunay na ang impormasyong ibinigay mo sa aplikasyon ay totoo at tumpak, sa ilalim ng mga parusa ng pagsisinungaling. Tiyaking naibigay mo ang pinakakumpleto at tumpak na impormasyon bago ka lumagda.
- Ang application ay humihiling ng impormasyon tungkol sa isang abogado. Gayunpaman, hindi mo kailangan ng isang abogado upang mag-apply para sa programang ito.

Ang Title VI ng Civil Rights Act ng 1964, 42 U.S.C. 2000d et seq., ay nagbabawal sa diskriminasyon batay sa lahi, kulay, o bansang pinagmulan sa mga programang tumatanggap ng pederal na tulong pinansyal. Ang mga taong nagsasalita ng Ingles bilang pangalawang wika na mga aplikante o resipiente sa mga programang tumatanggap ng pederal na tulong pinansyal ay bibigyan ng mga serbisyo sa pagsasalang-wika at interpretasyon nang walang bayad sa aplikante o resipiente. Kung sa palagay mo ay nadiskrimina ka sa isang programa ng anumang institusyon na tumatanggap ng Pederal na tulong pinansyal, dapat kang makipag-ugnayan kaagad sa Pederal na ahensya na nagbibigay ng naturang tulong.

CRIME VICTIMS COMPENSATION APPLICATION

State of Illinois
Court of Claims



State of Illinois
Attorney General

**COMPLETE ALL SECTIONS TO THE BEST OF YOUR ABILITY.
SEE INSTRUCTIONS FOR INFORMATION ON FILLING OUT THE APPLICATION.**

Required fields are denoted with a red Asterisk "*".

If you need help, call the Attorney General's Office at **1-800-228-3368**, 7-1-1 relay service.

NOTICE:

Law enforcement reports or other documentation obtained by the Attorney General's office from an applicant, victim, or third party under the Crime Victims Compensation Act for the purposes of investigating an application for crime victim compensation, shall not be disclosed to the public or any individual or entity, not including the individual who supplied the report or documentation, by the Attorney General's office. Any records obtained by the Attorney General's office to process the application, including but not limited to applications, documents, and photographs, shall be exempt from disclosure by the Attorney General's office under the Freedom of Information Act.

Office Use Only

SECTION 1. VICTIM & APPLICANT INFORMATION

If the injured victim is a minor, or incapacitated adult, do you have legal guardianship?* YES NO
If the answer is YES, please provide documentation to show guardianship.

A. INJURED VICTIM / DECEASED VICTIM INFORMATION

Victim's Name:* _____ Date of Birth:* ____ / ____ / ____

Street Address:* _____ Apt#: _____

City:* _____ State:* _____ Zip Code:* _____

E-mail Address:* _____

Cell Phone:* (____) ____ - ____ Alternate Phone: (____) ____ - ____

Work Phone: (____) ____ - ____

Male Female Transgender Female Transgender Male

Genderqueer/Gender Non-Conforming (GNC) Prefer Not to Answer Not Listed

Marital Status: Single Married Divorced Widow(er) Civil Union Partner

The following information is used for statistical purposes only according to federal regulations. Providing this information is voluntary and will not affect your application. Victim's Race: White

Black or African American Asian American Indian or Alaskan Native Native Hawaiian

Other Race _____

Victim's Ethnicity Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino

Do you have a disability? Yes No, If yes, nature of disability Physical Mental Developmental.

B. APPLICANT INFORMATION, if you are applying as an eligible applicant or on behalf of a minor injured victim or an incapacitated adult injured victim.

Applicant's Name:* _____ Date of Birth:* ____ / ____ / ____

Street Address:* _____ Apt#: _____

City:* _____ State:* _____ Zip Code:* _____

E-mail Address:* _____

Cell Phone:* (____) ____ - ____ Alternate Phone: (____) ____ - ____

Work Phone: (____) ____ - ____

Male Female Transgender Female Transgender Male Genderqueer/Gender Non-Conforming (GNC)

Prefer Not to Answer Not Listed

Marital Status: Single Married Divorced Widow(er) Civil Union Partner

Relationship to the injured or deceased victim: _____

• Are you seeking compensation for your own expenses? Yes No

If no, what expenses are you requesting compensation for?: _____

C. CONTACT INFORMATION

• Is English your preferred language? Yes No

If no, language you are most comfortable speaking: _____

• Are you working with an advocate? Yes No If yes, please provide the following:

Name: _____ Telephone: _____

Organization: _____ E-mail Address: _____

• Do you consent to allow the Attorney General's Office to discuss your claim with your advocate or obtain documents required for your claim? Yes No

• Is there another person you would prefer us to contact to discuss your claim? Yes No

Name: _____ Telephone: _____

Relationship to you: _____

SECTION 2 - CRIME AND COURT INFORMATION

A. CRIME INFORMATION

Police Report #: * _____

Date of Crime: * ____ / ____ / _____ Date Crime Reported: * ____ / ____ / _____

Street Address where crime occurred: * _____

City: * _____ County: * _____

Name of Agency/Police Department crime reported to: * _____

Briefly Describe crime: * _____

Briefly Describe injuries: * _____

Do you know the identity of the offender(s)? Yes No

• If yes, offender(s) name(s): _____

Relationship, if any, between victim and offender(s): _____

• Was a sexual assault evidence collection kit performed at a hospital? Yes No

B. CRIMINAL CASE INFORMATION

• Was the offender arrested? Yes No Unknown

• Has the offender been charged in court? Yes No Unknown

• Were you required to testify for this case? Yes No Unknown

• What was the outcome of the criminal case? (Include criminal case number if any)

• Has restitution been ordered against the offender? Yes No, If yes, how much? \$ _____

• Has the offender been charged in a Human Trafficking Court Proceeding? Yes No Unknown

• Were you required to testify for the Human Trafficking court case? Yes No Unknown

• What was the outcome of the Human Trafficking court case? (Include criminal case number if any)

USE OF FORCE CLAIMS

- Does the Crime alleged involve law enforcement officer's use of force? Yes No
 - If yes, have you participated in or initiated one of the following: use of Force Legal Proceeding, filed a Use of Force complaint, filed a Use of Force civil lawsuit, received a Use of Force settlement, received a use of force civil suit verdict Yes No
 - If yes, please explain and provide documentation for all complaints, proceedings or settlements
-
-

C. ORDER OF PROTECTION INFORMATION

Did you obtain a Plenary Domestic Violence Order of Protection, a Civil No-Contact Order, or a Stalking No Contact order? Yes No

If yes, please enter the number: OOP# _____ CNCO# _____

What is the date the Domestic Violence Order of Protection, Civil No-Contact Order, or a Stalking No Contact order was issued? _____

When does the Order of Protection expire? _____

D. SUPPLEMENTAL DOCUMENTATION PROVIDED BY THE APPLICANT

Are you providing supplemental forms of documentation with this application about the alleged crime, injuries sustained or any information relevant to your request for compensation?

Yes No

If yes, please provide the date you received the supplemental forms of documentation along with the type of documentation provided. _____

E. CIVIL CASE INFORMATION

- Has a civil lawsuit been filed against anyone in relation to this incident? Yes No

Name of lawyer handling your civil suit: _____ ARDC No.: _____

Telephone: (____) _____ - _____ E-mail Address: _____

SECTION 3 - LOSSES CLAIMED

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medical/Hospital | <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Transportation | <input type="checkbox"/> Accessibility Costs |
| <input type="checkbox"/> Crime Scene Cleanup | <input type="checkbox"/> Counseling** | <input type="checkbox"/> Relocation Costs | <input type="checkbox"/> Temporary Lodging |
| <input type="checkbox"/> Tattoo Removal* | <input type="checkbox"/> Loss of Earnings | <input type="checkbox"/> Tuition | <input type="checkbox"/> Replacement Service Loss |
| <input type="checkbox"/> Locks | <input type="checkbox"/> Windows | <input type="checkbox"/> Clothing | <input type="checkbox"/> Bedding |
| <input type="checkbox"/> Prosthetic Appliances | <input type="checkbox"/> Eyeglasses/Contacts | <input type="checkbox"/> Hearing Aids | <input type="checkbox"/> Replacement Costs |
| <input type="checkbox"/> Loss of Support | <input type="checkbox"/> Towing and Storage | <input type="checkbox"/> Funeral/Burial | <input type="checkbox"/> Loss of Future Earnings |
| <input type="checkbox"/> Legal Fees | <input type="checkbox"/> Doors | <input type="checkbox"/> Funeral/Cremation | <input type="checkbox"/> Dependent Replacement Service Loss |
| | | <input type="checkbox"/> Headstone | |

- * Available for victims of Human Trafficking only
- ** Counseling expenses must be provided by a psychiatrist, licensed clinical psychologist, licensed clinical social worker, licensed clinical professional counselor, or a Christian Science practitioner / nurse.

SECTION 4 - MEDICAL INFORMATION & BENEFITS

Please submit copies of itemized bills. All bills must be submitted to other sources of recovery available to the victim.

Medical Provider	City	Provider Phone No.	Date(s) of Services	Amount of Bill

Insurance and Other Collateral sources? Yes No

Insurance and other collateral source information. The Crime Victims Compensation Program offers reimbursement after all other sources of payment have been exhausted.

Please enter Policy and ID# information in the corresponding field.

Medical Card	Medicare	Medical Insurance
Union Insurance	Vision/Dental Insurance, etc.	Worker's Compensation
Veterans Administration	SSI or SSDI	Auto Insurance
Proceeds of Personal Injury or Other Litigation	Hospital Uninsured Patient Discount	Other Insurance

SECTION 5 - EMPLOYMENT INFORMATION

- In order to qualify for loss of earnings the victim must have been actively employed at the time of the crime.
- Are you applying for loss of earnings due to the crime? Yes No
Please list all employment history during the six (6) months before the crime:

Name of Employer	Employer's Address	Employer's Phone No.	Victim's Net Monthly Wages (Take Home Pay)

Did you receive sick, vacation, personal time, or disability benefits from work after the crime? Yes No

Type of Benefits**Amount**

Sick	\$
Vacation	\$
Personal	\$
Disability	\$
Other	\$
Death Benefit From City of Chicago Fund	\$
Life, health accident, vehicle towing, or liability insurance	\$
Unemployment Payments	\$
Veterans or Social Security Burial Benefits	\$
Worker's Compensation or Dram Shop	\$
Federal Medicare or State Public Aid Program	\$

SECTION 6 - FUNERAL/BURIAL INFORMATION & DEATH BENEFITS**A. FUNERAL AND BURIAL**

Name of Funeral Home

Funeral Home Phone Number

Total Amount of Funeral Bill

Name of Person(s) who have paid

Relationship to Victim

Amounts

		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

Have you received funds through the City of Chicago Emergency Supplemental Victims Fund (ESVF) for funeral and burial expenses? Yes No

If yes, how much money did you receive for funeral and burial expenses?

CEMETERY INFORMATION

Name of Cemetery

Cemetery Phone Number

Total Amount of Cemetery Bill

\$

Name of Person(s) who have paid

Relationship to Victim

Amounts

Name of Person(s) who have paid	Relationship to Victim	Amounts
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

Total Amount of Funeral/Cemetery Expenses

B. LIFE INSURANCE AND DEATH BENEFITS

- Did the victim have a life insurance policy? Yes No

Name of Insurance Company	Name of Beneficiary	Beneficiary's Phone No.	Amount Paid

C. LOSS OF SUPPORT TO DEPENDENTS

- Was the victim employed during the six (6) months before the crime? Yes No

Name of Dependent	Relationship to Victim	Date of Birth	Name/Phone Number of Legal Guardian

SECTION 7 - CERTIFICATION AND AUTHORIZATION

Acknowledgement and Subrogation: As required by the subrogation provision of the Illinois Crime Victims Compensation Act, 740 ILCS 45/17, I will contact and repay the Crime Victims Compensation Program if I receive any payments from the offender, a civil lawsuit, an insurance policy, or any other government or private agency to cover expenses for which I receive payment from the Compensation Program. I understand that I will be responsible for repaying the Compensation Program any amount for which it is later determined that I was not eligible.

Release of Information: I hereby authorize any hospital, physician, health care provider, mental health provider, funeral director, or other person who rendered related services; any employer of the victim or applicant; any law enforcement or governmental agency; any insurance company; or any other individual company, agency or organization having relevant knowledge, to furnish any and all information in their possession with respect to the incident that is the basis for this claim to the Crime Victims Compensation Bureau of the Illinois Attorney General's Office. This information is to be used in any way necessary related to my claim for an award of compensation from the Illinois Crime Victims Compensation Program.

I understand that medical records may contain information regarding care of psychiatric/psychological conditions, drug or alcohol abuse, HIV test results, AIDS, and AIDS-related conditions.

I understand that at any time I may revoke this authorization from the Illinois Attorney General's Office, except to the extent that action has been taken in reliance on this authorization. This authorization will expire in 3 years from the date the victim/applicant signed or when this claim is resolved.

This authorization complies with the requirements of 45 C.F.R. § 164.508, the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) and the HIPAA Privacy Rule. A photocopy or facsimile copy of this authorization shall have the same effect as the original.

Certification of Application: I hereby certify, subject to the penalties of perjury, that all of the information that I have provided in this application is true, accurate, and complete to the best of my knowledge. I understand that if I willfully provide any information that is false, incomplete, or misleading, I may be denied benefits and/or I may be prosecuted for crimes punishable by imprisonment, a fine, or both.

Applicant's Signature

Date Signed

Are you being represented by counsel for this Crime Victims Compensation Claim? Yes No
Name of Lawyer: _____ ARDC No: _____
Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Telephone: (_____) _____ - _____ E-mail Address: _____

740 ILCS 45/12 prohibits the charging of fees for presenting this form to the Court of Claims.

Please return completed application and all subsequent information to:

**Office of the Illinois Attorney General
Crime Victims Services Bureau
115 South LaSalle Street
Chicago, IL 60603**

Title VI of the Civil Rights Act of 1964, 42 U.S.C. 2000d et seq., prohibits discrimination on the basis of race, color, or national origin in programs receiving federal financial assistance. Persons who speak English as a second language who are applicants or recipients to programs receiving federal financial assistance, will be afforded language translation and interpretation services at no charge to the applicant or recipient. If you believe you have been discriminated against in a program of any institution which receives Federal financial assistance, you should immediately contact the Federal agency providing such assistance.