

地方檢察官辦公室
Clayton Judicial Circuit
受害者影響賠償表格

案件資訊：（本部分由受害者證人援助辦公室填寫）

受害者姓名	被告人姓名	案件編號和/或指控
		法院令狀

請注意：當法院下令時，賠償金由被告人支付。

為了將您的損失充分報告給法院，請填寫此表格並在 30 天內傳回受害者證人援助辦公室。在列出您所遭受的損失和/或您遺失的物品時，請盡可能具體描述。您必須附上帳單、收據、估價單、核實缺勤工作天數的雇主聲明以及任何其他有助於法院調查之文件的副本。如需要，請附上額外的紙張。如需要額外協助，或者您尚未收到有關喬治亞州犯罪受害者賠償計畫 (Georgia Crime Victims Compensation Program) 的資訊，請撥打 770-477-3450 與我們的辦公室聯繫。

I. 費用類型：個人

A 欄 列出個人開支項	B 欄 目前的美元金額	C 欄 如果符合條件，要求從 GA 犯罪受害者賠償計畫獲得的金額	D 欄 要求從其他保險 獲得的金額
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$

II. 費用類型：工作相關

A 欄 失業天數	B 欄 總損失 薪水/收入	C 欄 如果符合條件，要求從 GA 犯罪受害者賠償計畫獲得的金額	D 欄 要求從其他保險 獲得的金額
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$

III. 費用類型：財產

A 欄 列出財產	B 欄 目前損失的 價值	C 欄 如果符合條件，要求從 GA 犯罪受害者賠償計畫獲得的金額	D 欄 要求從其他保險 獲得的金額
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$

IV. 費用類型：其他

A 欄	B 欄	C 欄	D 欄
	\$	\$	\$

V. 要求賠償的總金額

1. 目前的總費用（加上 B 欄中列出的所有美元金額）： \$ _____
2. 要求從受害者賠償計畫獲得的總金額（加上 C 欄中列出的美元金額）： \$ _____
3. 要求從其他保險獲得的總金額（加上 D 欄中列出的美元金額）： \$ _____

請注意：有些案件很快就得以解決。因此，未能在 _____ 天內將此表格連同必要的文件一起傳回，可能會導致失去應得的賠償。

* 提交此表格後，如收到額外帳單/費用，請立即通知受害者證人援助辦公室！

受害者影響賠償表格 (VICTIM IMPACT RESTITUTION FORM, VIRF)

完成此表格的說明

I. 費用類型：個人

- (A 欄) - 可能的項目清單可能包括但不限於以下類型的費用：
諮詢（受害者、配偶與家屬）、醫療/醫院（帳單，眼鏡、假牙、輪椅、義肢、助聽器等
的更換/維修費用）、喪禮/葬禮費用（包括墓碑）、康復/職業治療、旅行（里程、計程車費用、
停車費等）、兒童照護等。
- (B 欄) - 目前為所列項目花費的美元總金額。
- (C 欄) - 如果符合條件，請填寫您要求從喬治亞州犯罪受害者賠償計畫獲得的金額。
- (D 欄) - 您要求從第三方/其他保險獲得的金額，如個人醫療保險、短期和長期殘疾保險、代表您的
家人/朋友申請的保險等。

II. 費用類型：工作相關

- (A 欄) - 包括因此犯罪行為而缺勤的全職和兼職工作天數。這可能包括但不限於：由於法庭聽證會；
與受害者證人援助辦公室、地區檢察官/律師辦公室會面；醫療/諮詢看診等原因而缺勤的
工作。
- (B 欄) - 基於收入的薪水損失總金額。
- (C 欄) - 如果符合條件，請填寫您要求從喬治亞州犯罪受害者賠償計畫獲得的金額。
- (D 欄) - 您要求從第三方/其他保險獲得的金額，如個人醫療保險、短期和長期殘疾保險、代表您的
家人/朋友申請的保險等。

III. 費用類型：財產

- (A 欄) - 列出任何遭到盜竊、損壞或毀壞的物品（例如犯罪現場的維修和清理）。
- (B 欄) - 目前財產更換、維修或復原的總估計損失價值。
- (C 欄) - 如果符合條件，請填寫您要求從喬治亞州犯罪受害者賠償計畫獲得的犯罪現場清理費用金
額。請注意：這是此計畫下唯一符合報帳條件的財產費用類型。
- (D 欄) - 您要求從第三方/其他保險獲得的金額，如個人醫療保險、短期和長期殘疾保險、代表您的
家人/朋友申請的保險等。

IV. 費用類型：其他

列出本表格其他地方未包括的任何其他可能適用的損失，如保險免賠額、保險共付額等。

本人確認，據本人所知，本人在本表格中提供的所有資訊均屬實無誤。

申請者姓名（以正楷填寫）_____

申請者簽名 _____

* 如果由受害者以外的人填寫，請說明與受害者的關係：

日期_____/_____/_____