

ຫ້ອງການໄອຍະການເມືອງ Clayton Judicial Circuit ແບບຟອມການຊ່ວຍຜູ້ເຄາະຮ້າຍ

ຂໍ້ມູນຄະດີ: (ພາກນີ້ແມ່ນໃຫ້ຫ້ອງການໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫລືອຜູ້ເຄາະຮ້າຍປະກອບໃສ່)

ຊື່ຜູ້ເຄາະຮ້າຍ:	ຊື່ຈຳເລີຍ	ເລກທີຄະດີ ແລະ/ຫຼື ຄຳບໍລິການ
		ໃບຮັບປະກັນ

ໃສ່ໃຈ: ເມື່ອສານໄດ້ອອກຄຳສັ່ງ, ການຈ່າຍເງິນຄືນແມ່ນຈ່າຍໂດຍຈຳເລີຍ.

ເພື່ອໃຫ້ການສູນເສຍຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການສະເໜີຕໍ່ສານ, ກະລຸນາຕື່ມແບບຟອມນີ້ ແລະ ສົ່ງໃຫ້ຫ້ອງການຊ່ວຍເຫລືອຜູ້ເຄາະຮ້າຍ ພາຍໃນເວລາ 30 ມື້.

ເຈາະຈົງສະເພາະເທົ່າທີ່ຈະເປັນໄປໄດ້ເມື່ອບອກເຖິງຄວາມເສຍຫາຍທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ ແລະ/ຫຼື ລາຍການທີ່ເຈົ້າເສຍ. ທ່ານຕ້ອງມີສຳເນົາໃບບິນ, ໃບຮັບເງິນ, ການຄາດຄະເນ, ຖະແຫຼງການຂອງນາຍຈ້າງເພື່ອຍືນຍັນວັນທີ່ຜາດວຽກ, ແລະ ເອກະສານອື່ນໆທີ່ຈະຊ່ວຍໄດ້ໃຫ້ສານ. ຄັດຕິດຜ່ອມເອກະສານເພີ່ມເຕີມ, ຖ້າຈຳເປັນ.

ຖ້າຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໂຄງການການຊົດເຊີຍຜູ້ເຄາະຮ້າຍຈາກອາຊະຍາກຳຂອງລັດຈໍເຈຍ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫ້ອງການຂອງພວກເຮົາທີ່ເບີໂທ 770-477-3450.

I. ປະເພດຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ: ສ່ວນຕົວ

ຖັນ A ລາຍການຂອງລາຍຈ່າຍສ່ວນຕົວ	ຖັນ B ເງິນໂດລາໃນເວລານີ້	ຖັນ C ຖ້າມີສິດ, ຈຳນວນທີ່ຮ້ອງຂໍຈາກ ຄ່າຊົດເຊີຍຜູ້ເຄາະຮ້າຍຈາກອາຊະຍາກຳ GA	ຖັນ D ຈຳນວນທີ່ຮ້ອງຂໍ ຈາກປະກັນໄພອື່ນໆ
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$

II. ປະເພດຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ: ວຽກງານທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ

ຖັນ A ຈຳນວນເມື່ອອາກາດວຽກ	ຖັນ B ສູນເສຍທັງໝົດ ຄ່າຈ້າງ/ລາຍໄດ້	ຖັນ C ຖ້າມີສິດ, ຈຳນວນທີ່ຮ້ອງຂໍຈາກ ຄ່າຊົດເຊີຍຜູ້ເຄາະຮ້າຍຈາກອາຊະຍາກຳ GA	ຖັນ D ຈຳນວນທີ່ຮ້ອງຂໍ ຈາກປະກັນໄພອື່ນໆ
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$

III. ປະເພດຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ: ຄຸນສົມບັດ

ຖັນ A ລາຍຊື່ຊັບສິນ	ຖັນ B ມູນຄ່າການສູນເສຍຢູ່ທີ່ ຄັ້ງນີ້	ຖັນ C ຖ້າມີສິດ, ຈຳນວນທີ່ຮ້ອງຂໍຈາກ ຄ່າຊົດເຊີຍຜູ້ເຄາະຮ້າຍຈາກອາຊະຍາກຳ GA	ຖັນ D ຈຳນວນທີ່ຮ້ອງຂໍ ຈາກປະກັນໄພອື່ນໆ
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$

IV. ປະເພດຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ: ອື່ນໆ

ຖັນ A	ຖັນ B	ຖັນ C	ຖັນ D
	\$	\$	\$

V. ການຮ້ອງຂໍຈ່າຍຄືນທັງໝົດ

1. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທັງໝົດໃນເວລານີ້ (ເພີ່ມຈຳນວນເງິນໂດລາທັງໝົດທີ່ລະບຸໄວ້ໃນຖັນ B): \$ _____
2. ລວມຈຳນວນທັງໝົດຈາກການຮ້ອງຂໍການຊົດເຊີຍຜູ້ເຄາະຮ້າຍ (ເພີ່ມຈຳນວນເງິນໂດລາທີ່ລະບຸໄວ້ໃນຖັນ C): \$ _____
3. ຈຳນວນທັງໝົດທີ່ຮ້ອງຂໍຈາກປະກັນໄພອື່ນ (ເພີ່ມຈຳນວນເງິນໂດລາທີ່ລະບຸໄວ້ໃນຖັນ D): \$ _____

ໃສ່ໃຈ: ບາງກໍລະນີຖືກແກ້ໄຂຢ່າງໄວວາ. ດັ່ງນັ້ນ, ການບໍ່ສົ່ງຄືນແບບຟອມນີ້ຜ່ອມດ້ວຍເອກະສານທີ່ຈຳເປັນອື່ນ ພາຍໃນ _____ ມື້
ອາດຈະສົ່ງຜົນໃຫ້ມີການສູນເສຍການສົ່ງເງິນຕາມກຳນົດ.

* ແຈ້ງໃຫ້ຫ້ອງການຊ່ວຍເຫລືອຜູ້ເຄາະຮ້າຍໃນທັນທີ ກ່ຽວກັບໃບບິນຄ່າເພີ່ມເຕີມ / ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ໄດ້ຮັບຫຼັງຈາກການສົ່ງແບບຟອມນີ້!

ແບບຟອມການຊ່ວຍຜູ້ເຄາະຮ້າຍ (VICTIM IMPACT RESTITUTION FORM, VIRF)

ຄໍາແນະນໍາສໍາລັບການຕື່ມແບບຟອມ

I. ປະເພດຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ: ສ່ວນຕົວ

- (ຖັນ A) - ລາຍການທີ່ເປັນໄປໄດ້ອາດຈະປະກອບມີ, ແຕ່ບໍ່ຈໍາກັດ, ຕາມປະເພດຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕໍ່ໄປນີ້:
ການໃຫ້ຄໍາປຶກສາ (ຜູ້ເຄາະຮ້າຍ, ຜົວເມຍ ແລະ ຜູ້ຢູ່ອາໄສ), ການແພດ/ໂຮງໝໍ (ໃບບິນ, ຄ່າທົດແທນ/ສ້ອມແປງແວ່ນຕາ, ແຂ້ວປອມ, ລົດເຂັນ, ຂາທຽມ, ເຄື່ອງຊ່ວຍຝັງ ແລະ ອື່ນໆ), ຄ່າບໍາບັດ/ຝັງສືບ (ລວມທັງຫົນສີລາລຶກ), ບໍາບັດ/ອາຊີບ, ການທ່ອງທ່ຽວ. (ໄລຍະທາງ, ຄ່າໂດຍສານ, ຄ່າຈອດລົດ ແລະ ອື່ນໆ), ການດູແລເດັກ, ແລະ ອື່ນໆ.
- (ຖັນ B) - ຈໍານວນເງິນໂດລາທັງໝົດທີ່ໃຊ້ໃນເວລານີ້ສໍາລັບລາຍການທີ່ລະບຸໄວ້.
- (ຖັນ C) - ຖ້າມີສິດ, ຈໍານວນເງິນທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍຈາກໂຄງການຊົດເຊີຍຜູ້ຖືກເຄາະຮ້າຍຈາກອາຊະຍາກຳຂອງລັດຈໍເຈຍ.
- (ຖັນ D) - ຈໍານວນເງິນທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍຈາກພາກສ່ວນທີສາມ/ປະກັນໄພອື່ນໆ ເຊັ່ນ: ປະກັນໄພທາງການແພດສ່ວນຕົວ, ປະກັນໄພຄວາມພິການໄລຍະສັ້ນ ແລະ ໄລຍະຍາວ, ສະມາຊິກຄອບຄົວ/ໝູ່ເພື່ອນໃນນາມຂອງທ່ານ ແລະ ອື່ນໆ.

II. ປະເພດຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ: ວຽກງານທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບ

- (ຖັນ A) - ລວມເອົາຈໍານວນມື້ທີ່ພາດຈາກການເຮັດວຽກເຕັມເວລາ ແລະ ນອກເວລາ ເນື່ອງຈາກອາດຊະຍາກຳນີ້. ນີ້ອາດຈະປະກອບມີ, ແຕ່ບໍ່ຈໍາກັດ; ວຽກງານທີ່ພາດໄປຍ້ອນການພິຈາລະນາຄະດີຂອງສານ, ການພົບປະກັບທ້ອງການຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ຖືກເຄາະຮ້າຍ, ທະນາຍຄວາມ/ທ້ອງການທະນາຍຄວາມ, ການນັດໝາຍທາງການແພດ/ທີ່ປຶກສາ ແລະ ອື່ນໆ.
- (ຖັນ B) - ຄ່າຈ້າງທີ່ສູນເສຍທັງໝົດອີງຕາມລາຍຮັບ.
- (ຖັນ C) - ຖ້າມີສິດ, ຈໍານວນເງິນທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍຈາກໂຄງການຊົດເຊີຍຜູ້ຖືກເຄາະຮ້າຍຈາກອາຊະຍາກຳຂອງລັດຈໍເຈຍ.
- (ຖັນ D) - ຈໍານວນເງິນທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍຈາກພາກສ່ວນທີສາມ/ປະກັນໄພອື່ນໆ ເຊັ່ນ: ປະກັນໄພທາງການແພດສ່ວນຕົວ, ປະກັນໄພຄວາມພິການໄລຍະສັ້ນ ແລະ ໄລຍະຍາວ, ສະມາຊິກຄອບຄົວ/ໝູ່ເພື່ອນໃນນາມຂອງທ່ານ ແລະ ອື່ນໆ.

III. ປະເພດຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ: ຄຸນສົມບັດ

- (ຖັນ A) - ທຸກລາຍການທີ່ຖືກຂະໂມຍ, ເສຍຫາຍ ຫຼື ຖືກທຳລາຍ (ເຊັ່ນ: ການສ້ອມແປງ ແລະ ທຳຄວາມສະອາດສະຖານທີ່ເກີດເຫດ).
- (ຖັນ B) - ມູນຄ່າທີ່ຄາດຄະເນທັງໝົດຂອງການສູນເສຍໃນເວລານີ້ສໍາລັບການທົດແທນຊັບສິນ, ການສ້ອມແປງ ຫຼື ການຜົ້ນຕົວຄືນ.
- (ຖັນ C) - ຖ້າມີສິດ, ຈໍານວນເງິນທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການກວດລ້າງອາຊະຍາກຳຈາກໂຄງການຊົດເຊີຍຜູ້ຖືກເຄາະຮ້າຍຂອງລັດຈໍເຈຍ.
ໝາຍເຫດ: ນີ້ແມ່ນປະເພດດຽວທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບເງິນຄືນສໍາລັບຄ່າຊັບສິນພາຍໃຕ້ໂຄງການ.
- (ຖັນ D) - ຈໍານວນເງິນທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍຈາກພາກສ່ວນທີສາມ/ປະກັນໄພອື່ນໆ ເຊັ່ນ: ປະກັນໄພທາງການແພດສ່ວນຕົວ, ປະກັນໄພຄວາມພິການໄລຍະສັ້ນ ແລະ ໄລຍະຍາວ, ສະມາຊິກຄອບຄົວ/ໝູ່ເພື່ອນໃນນາມຂອງທ່ານ ແລະ ອື່ນໆ.

IV. ປະເພດຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ: ອື່ນໆ

ລາຍການທີ່ສູນເສຍອື່ນໆທີ່ອາດຈະນຳໃຊ້, ເຊິ່ງບໍ່ໄດ້ລວມຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້ ເຊັ່ນ: ຄ່າປະກັນໄພ, ຄ່າປະກັນໄພຮ່ວມ, ແລະ ອື່ນໆ.

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢືນຢັນວ່າ ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ສະໜອງໃນແບບຟອມນີ້ແມ່ນໃຫ້ໂດຍຂ້າພະເຈົ້າ ແມ່ນຖືກຕ້ອງ ແລະ ເປັນຄວາມຈິງທຸກຢ່າງ.

ຊື່ຜູ້ຮ້ອງຂໍ (ຂຽນຊື່) _____

ລາຍເຊັນຜູ້ຮ້ອງຂໍ _____

* ຖ້າເຮັດໂດຍຜູ້ອື່ນທີ່ບໍ່ແມ່ນຜູ້ເຄາະຮ້າຍ, ກະລຸນາຊີ້ບອກຄວາມສໍາພັນຂອງເຮົາກັບຜູ້ເຄາະຮ້າຍ:

ວັນທີ _____ / _____ / _____