

د می 23, 2023

لومړی نوم تخلص
د کوڅې پته
د اپارتمان شمېره
بنار، ایالت، زېپ

تاسو ته د خسارې جبران درکړل شوی دی او کېدی شي تاسو د مخکې اداینې لپاره په شرایطو پوره یاست

دا یوازینی خبرتیا ده چې تاسو به یې له دفتر څخه تر لاسه کړئ.

State of Vermont Restitution Unit د خسارې د جبران په اړه د قضاوت حکم تر لاسه کړی دی او تر ارزونې لاندې دی چې تاسو په کې د جرم د قربانې په توګه نومول شي یاست. وروسته له هغې چې ستاسو اسناد تر لاسه او تاسو ته اوبنتي زیانونه تصدیق شي، دا به په ګوته شي چې ایا تاسو د مخکې اداینې لپاره په شرایطو برابر یاست ګڼه. که زموږ ارزونه وښيي چې تاسو په شرایطو برابر نه یاست، تاسو ته به تادیه وشي ځکه موږ کولای شو تادیه له مجرم څخه تر لاسه کړو.

په ضمیمه کې به تاسو د قربانې د زیان بیان او سوګندپاڼه تر لاسه کړئ چې تاسو به هغه ډکه او بېرته به یې موږ ته راوړئ. سوګندپاڼه باید د رسمي اسنادو د دفتر په حضور کې لاسلیک شي ځکه چې دا یو حقوقي سند دی. په مهربانۍ سره خپلې ډکې شوي فورمې په 30 ورځو کې بېرته موږ ته راوړسئ. که تاسو ډکې شوي فورمې رانه وړئ، ستاسو په استازیتوب هر ډول ټولې شوي تادیه به غیر ادعا شوي ملکیت وګڼل شي.

مهربانې وکړئ په یاد ولرئ: د خسارې د جبران څانګه د ایالت د لویې څارنوالۍ یا محکمې برخه نه ده، او موږ دا مهال د لومړي ځل لپاره ستاسو د قضیې ارزونه کوو. د خسارې د جبران څانګه مسؤلیت لري ترڅو دا په ګوته کړي چې آیا کوم زیان د مخکې اداینې لپاره په شرایطو برابر دی ګڼه.

که تاسو پوښتنې لرئ، په مهربانۍ سره له ما سره په وېرمونټ کې د 1-800-584-3485 x 211 وریا شمېرې یا 1-802-241-4688 x 211 شمېرې یا gina.yalicki@ccvs.vermont.gov برېښنالیکې پټې له لارې اړیکه ټینګه کړئ.

په درنښت،

Gina Yalicki
د قربانیانو د اړیکو مسؤل
State of Vermont Restitution Unit

د قرباني شوي کس د زيان بيان

بشپړ نوم (نومونه): _____

پستي پته: _____

د تلفون شمېره: کور: _____ مېايل: _____ کار: _____

د برېښنالیک پته: _____

آيا دغه ستاسو د سوداگرۍ لپاره زيان و؟ هو يا نه
که ځواب هو وي، د سوداگرۍ نوم څه دی؟

تاسو ته څه ډول زيان اوښتی دی؟ د بېلگې په توگه موټر ته مو زيان اوښتی، شتمني مو غلا شوي، او داسې نور .

آيا دغه نغدي زيان و؟ (حقيقي اسعار) هو \$ يا نه

تاسو ته له جېب څخه د اوښتي خسارې يا غير بیمه شوي خسارې اندازه څومره و؟ \$ _____

آيا تاسو بیمه لرله چې دغه زيان په غاړه واخلي؟ هو يا نه

که ځواب هو وي، آيا تاسو خپلې د بیمې کمپنۍ ته خپله ادعا وړاندې کړې ده؟ هو يا نه

که ځواب هو وي، تاسو د بیمې له کمپنۍ څخه څومره پیسې ترلاسه کړې دي؟ _____

آيا کومه مدي (غير جرمي) دعوا شتون لري يا به شتون ولري؟ هو يا نه

که ځواب هو وي، مهرباني وکړئ د خپل مدافع وکیل د اړیکو معلومات چمتو کړئ. _____

دا مهال نورو اضافي اسنادو ته اړتیا نشته.

که دغه پاکس ټپک مارک شوی وي مهرباني وکړئ لاندې اسناد راواستوئ:

- د بیمې د اظهار پاڼې کاپي چې ستاسو د پوښښ پالیسي ښيي.
- د سپارل شوو ادعاگانو لپاره د بیمې د تصفیې کاپي.
- داسې اسناد چې د اوښتي زيان ارزښت او د بېرته ځای پر ځای کولو لگښت په گوته کوي (د بېلگې په توگه ارزونې، نرخنامې يا رسيدونه).
- له گومارونکي څخه د له لاسه ورکړل شوي مزد لیک چې د تاديې نرخ او ترلاسه شوی وخت په کې څرگند شوی وي.
- د بانکي معاملاتو کاپیاني يا د کرېډېټ کارت سټېټمنټونه.
- د بانک يا کرېډېټ کارت کمپنۍ د بېرته اداینې د انکار لیک.
- بل: _____

زه تصدیقوم چې پورتنی ځوابونه سم او صحیح دي.

نېټه _____ چاپ شوي نومونه _____

لاسلیک (لاسلیکونه) _____



State of Vermont Restitution Unit

سوگندنامه

	د دوسې شمېره:		مجرم:
	قرباني:		هغه مقدار پېسي چې حکم يې شوی: \$

د خسارې جبران يوازې هغه مهال شتون لري که چېرې کوم بل څوک اوبښتی خساره نه جبرانوي. د دې لپاره چې د خسارې د جبران څانګه ستاسو ادعا طي مراحل کړي، تاسو بايد تصدیق کړئ چې داسې کومه بيمه شتون نه لري چې تاسو ته اوبښتی زیان تر پوښښ لاندې ونيسي او دا چې نور څوک نشته چې تاسو ته اوبښتی زیان جبران کړي.

زه څرګندوم او تضمینوم چې زما د پوهې، معلوماتو او باور له مخې، هېڅ کوم بل شخص یا نهاد ما ته د خسارې د جبران هغه مبلغ نه دی تادیه کړی او نه به يې تادیه کړي چې زه يې د وېرمونټ ایالت د خسارې د جبران له څانګې څخه تر لاسه کوم.

ماته د خسارې د جبران هېڅ داسې مبلغ نه دی تادیه شوی چې د بل شخص له یا نهاد له خوا يې غوښتنه شوې وي.

یا

ما د خپل زیان لپاره د خسارې د جبران له څانګې سر بېره له کوم بل چا څخه \$ _____ پېسي تر لاسه کړي دي

یا به يې تر لاسه کړم. مهرباني وکړئ ماته \$ _____ پاتې بیلانس تادیه کړئ.

* پاس ذکر شوي ټول قربانيان بايد لاندې معلومات بشپړ کړي.

(دويم قرباني) د زیرون نېټه ____ / ____ / ____
د SSN څلور وروستي اعداد: _____

(لومړنی قرباني) د زیرون نېټه ____ / ____ / ____
د SSN څلور وروستي اعداد: _____

_____ X
(چاپ شوی نوم)

_____ X
(چاپ شوی نوم)

_____ X
(لاسلیک)

_____ X
(لاسلیک)

_____ نېټه

_____ نېټه

په قصدي ټول د ناسمو معلوماتو وړاندې کېدل کېدې شي د جرمي تعقيب لامل شي.

د رسمي اسنادو د دفتر په مخ کې تصدیق کول

د _____ ایالت ()

کاونټي، SS ()

په _____ دغه _____ ورځ د _____، 20____، په شخصي توګه د دغې خبرتیا لاسلیکونکی او د تايیدې سوګندنامه څرګنده شوه، او د پورتنیو مواردو د حقیقت په اړه يې سوګند وکړ.

زما په مخ کې: _____
د اسنادو د تايیدې دفتر، زما د کميسيون د اعتبار د ختېدو نېټه: _____



State of Vermont Restitution Unit

سوگندنامه

GY State of Vermont Restitution Unit
PO Box Box 10, Waterbury, VT 05676-0010

د بېرته راوړلو پته: