|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Case Information – To Be Completed by Adult Probation Staff | | | | | | | | |
| Defendant’s Name: | | | SF No: | | | | | Court No: |
| **請填妥此表單、簽名並在下列日期前將此表單寄至成人監守行為局 (Adult Probation Department)：** | | | | | | | | |
| 您的姓名： |  | | | | | | | |
| 如果申請賠償, 請填寫賠償支票领款人的全名或商業名稱: | | | | |  | | | |
| 您的郵寄地址： | |  | | | | 电邮地址: | |  |
| 常用電話： | (     ) | | | 次要電話: | | | (     ) | |
|  | | | | | | | | |

我不希望要求賠償。

我已經在\_\_\_\_(請填寫日期)\_\_\_\_\_\_\_\_向地區檢察官辦公室提交此資訊。

我希望針對下列費用要求賠償。

如果您想申請賠償，請列出您因為此罪犯罪行所蒙受的損失。請按需要使用其他紙張書寫。如果您有任何收據、帳單、估值或其他文件 (例如，可比較項目的網路列印輸出) 可證明您的損失，請附上副本。請勿寄送收據正本。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **財產遭竊或毀損**  修理或更換費用 (可接受估值) | **數量** | **是否已附上收據/帳單？** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **醫療費用**  由您、保險公司如 Medi-Cal/Medicare 等支付的任何金額 | 數量 | 是否已附上收據/帳單？ |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **薪資或利潤的損失** | 數量 | 是否已附上收據/帳單？ |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **雜項損失**  心理健康諮詢、律師費、住宅保安費用等 | 數量 | 是否已附上收據/帳單？ |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**受害人影響聲明**

您可以提供書面聲明，以說明該罪行對您造成何種影響。例如：這對於您的健康或是親近人士的健康造成何種影響？您或親近人士是否有進行諮詢？您的社交範圍是否因為此罪犯罪行而改變？您是否因為此罪犯罪行而造成身體傷害或症狀？此罪犯罪行是否影響您的工作/上學、管理家務、享受活動或覺得安全的能力？您必須進行哪些改變？請按需要使用其他紙張書寫。

您的聲明將納入成人監守行為局會提交給法庭的量刑報告或賠償報告。请注意，您所提供的声明的内容将不被视為機密 ;量刑報告將提供給被告且可在量刑聽證會後 60 天開放供所有大眾取得。

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **您的簽名：** |  | **日期：** |  |