



刑事被害人赔偿金额汇总表

本表格不用于提交法庭

刑事罪的被害人享有宪法规定的权利，从针对其犯罪的人那里获得全部赔偿。ⁱ 被害人可以选择要求赔偿，但并非必须这样做。如果被害人已去世，赔偿金可以判归被害人遗产。本表格是为了帮助你收集在犯罪人被裁定有罪之后需要在赔偿金听证会上展示的信息。赔偿金不一定涵盖被害人所遭受的所有损失。被害人有权在必要的情况下通过民事诉讼要求犯罪人赔偿。

什么是赔偿？

赔偿是对犯罪行为所导致的“经济损失”的补偿。被害人可以就因犯罪行为而已经或将要遭受的“经济损失”而获得偿付，包括但不限于：

- 被盗窃或被损坏财产的价值的全部或部分赔偿（更换财产的费用，或修理财产的实际费用（如能修理））；
- 医疗费用；
- 心理咨询费用；
- 因受伤或伤害而导致的工资或利润损失，包括损失的佣金收入和基本工资；以及
- 如果犯罪行为导致被害人永久残疾，把车辆或住所改装或改建成无障碍设施的相关费用。ⁱⁱ

我如何要求赔偿？

如要获得赔偿，你、你的被害人代表，或你的律师应该告诉为你案件指定的检察官你要求赔偿。该要求可以在犯罪人被量刑之前或者法院批准认罪协议之前的任何时间提出。如果需要举行赔偿金听证会，请确保法院有足够的时间安排该听证会。

赔偿金额如何确定？

法庭将决定犯罪人支付多少赔偿金。可能会举行听证会，让你、你的被害人代表、你的律师（如适用），以及检察官提供信息，展示你已经或将要遭受的经济损失的金额。法庭不能判予你比因犯罪行为而遭受的经济损失更高的金额，因此，法庭将询问你是否已获得任何保险或政府的补偿。该金额将从法庭的赔偿令的金额中减去。犯罪人也可以提供信息。ⁱⁱⁱ

我需要什么表明损失？

你、你的被害人代表、你的律师，或被害人遗属应保留因犯罪行为而已经或将要产生的所有费用的记录（如发票、收据、医疗账单等文件），来表明你的损失金额。法庭使用这些文件决定命令犯罪人支付的赔偿金额。



如果你或犯罪人对赔偿金额有异议怎么办？

你、你的被害人代表、你的律师、被害人遗属，或犯罪人可能对法庭命令的赔偿金额有异议。那么法庭就会举行听证会，讨论赔偿金额，并给你机会表明为什么你不同意法庭的决定。可能会要求你或你的被害人代表在法庭听证会上作证。^{iv}

如果犯罪人不支付怎么办？

下达赔偿令的法院有权强制执行该命令，直到赔偿金额全部付清为止。如果犯罪人是未成年人，未成年人法院将强制执行该命令，直到犯罪人年满 21 岁为止。在那之后，赔偿令就会转变为民事判决，可由犯罪人或被害人居住地的郡法院或市法院强制执行。

赔偿令会过期吗？

不会。犯罪人支付赔偿金的义务一直持续到金额完全付清为止^v，并且赔偿金额一旦下达，就不能在你或你律师反对的情况下被降低或暂缓执行。^{vi} 如果你提出要求，并且法庭认定你不是在受胁迫的情况下接受较低金额，法庭就可能允许你接受少于赔偿令全额的和解金额。

ⁱ 《俄亥俄州宪法》第 I 条第 10a(A)(7) 款

ⁱⁱ 《俄亥俄州修订法典》2152.203(B) 和 2929.281(A)

ⁱⁱⁱ 《俄亥俄州修订法典》2152.20(A)(3) 和 2929.28(A)(1)

^{iv} 《俄亥俄州修订法典》2152.20(A)(3) 和 2929.28(A)(1)

^v 《俄亥俄州修订法典》2152.203(F) 和 2929.18(A)(1)

^{vi} 《俄亥俄州修订法典》2152.203(E) 和 2929.281(D)



如何使用本表格

本表格用于帮助你或被害人遗产收集必要信息，确定所遭受的经济损失，以便计算赔偿金额。你将负责提供文件，对本表中列出的金额予以核实。

本表格应该与必要的支持性文件一起，交给为你案件所指派的检察官或你的律师。请务必为你自己保留文件的复印件。

第一部分：被害人信息

被害人姓名：_____ 案件号码：_____

地址：_____ 城市：_____, 州：_____, 邮编：_____

电子邮箱地址：_____ 电话号码：_____

如果已指定被害人代表，请提供其姓名和联系信息。

姓名：_____ 电话号码：_____

地址：_____ 城市：_____, 州：_____, 邮编：_____

电子邮箱地址：_____

如果被害人有律师，请提供其姓名和联系信息。

姓名：_____ 公司名称：_____

地址：_____ 城市：_____, 州：_____, 邮编：_____

电子邮箱地址：_____ 电话号码：_____



第二部分：罪行导致的被盗窃或被损坏的财产

下列财产被盗窃或被损坏： _____

财产可以修复。

需要修复的物品： _____

修复费用： _____

修复日期： _____

财产必须更换。

需要更换的物品： _____

更换费用： _____

更换日期： _____



请确保提供这些费用的支持性文件。

建议的文件：你应该提供收据或其他文件，显示为修复所支付的金额、物品修复日期，以及由谁进行的修复。对于更换的财产，提供购买新物品的收据或发票。这些是不被任何汽车保险、房屋保险、商业财产险，或任何其他类型的保险或政府项目所涵盖的费用。

第三部分：罪行导致的医疗费用

我产生了下列不被保险或政府项目所涵盖的医疗费用：

医院相关费用：\$ _____

医生门诊：\$ _____

医疗设备费用：\$ _____

物理治疗费用：\$ _____

眼镜或助听器：\$ _____

处方药：\$ _____

其他费用（请具体说明） _____ \$ _____



请确保提供这些费用的支持性文件。



建议的文件：你应该提供收据或其他文件，显示所支付的医院账单、医生门诊共保额、医学或实验室化验、医疗设备、物理治疗、处方药，以及其他医疗相关费用的金额。这些是不被你的医疗保险或政府补助项目所涵盖的费用。你也应该记录住院的日期和医疗预约的日期。你可能还需要提供保险承保范围的文件。

第四部分：罪行导致的心理咨询

我产生了不被保险或政府项目所涵盖的下列心理咨询费用：

- 咨询师门诊：\$ _____ 处方药：\$ _____
- 其他费用（请具体说明） _____ \$ _____



请确保提供这些费用的支持性文件。

建议的文件：你应该提供收据或其他文件，显示为心理咨询支付的金额，如咨询师门诊共保额、处方药，以及其他相关费用。这些是不被你的医疗保险或政府补助项目所涵盖的费用。你也应该记录咨询预约的日期。你可能还需要提供保险承保范围的文件。

第五部分：罪行导致的损失的工资、利润、佣金

我遭受了工资、利润或佣金收入的损失。*

- 我损失了工资。
- 损失的工资金额： _____
- 无法工作的日期： _____
- 我已重返工作的日期 _____
- 我将重返工作的日期 _____
- 我将无法重返工作。

- 我损失了利润。
- 损失的利润金额： _____
- 遭受损失的日期： _____
- 我损失了佣金。
- 损失的佣金金额： _____
- 损失佣金的日期： _____



证明病假的医生是： _____ 医生的电话号码： _____

医生的地址： _____

你是否已收到（选择所有适用项）： 残障福利金 劳工赔偿金 工会/兄弟会项目的福利

食品券/现金补助 刑事被害人补偿款 其他（请具体说明） _____



请确保为这些费用提供支持性文件。

建议的文件：你应该提供雇主联系信息、工资单、税务局 W-2 表、财务报表、报税表、或其他文件，显示赚得的收入。你也应该提供由于不能工作而收到的作为替代性收入的任何钱款或赔付的记录。对于损失的佣金，要求记载罪行发生日之前的 12 个月期间赚得的收入。*对因自愿参加刑事案件的法庭诉讼程序而损失的工资，你无权获得补偿。[State v. Yerkey, 2022-Ohio-4298。]

第六部分：罪行所导致的无障碍设施费用

由于我永久性残疾，我产生了把我的车辆或住所改装/改建成无障碍设施的相关费用。

车辆改装

改装费用： _____

改装的简要介绍： _____

改装日期： _____

住所改建

改建费用： _____

改建的简要介绍： _____

改建日期： _____



请确保提供这些费用的支持性文件。

建议的文件：你应该提供收据或其他文件，显示对车辆或住所进行改装或改建支付的金额、改装或改建日期，以及由谁进行的改装或改建。



第七部分：罪行所导致的经济损失总结

你有权对已经或将要遭受的经济损失的金额获得赔偿。该金额将扣除你因罪行遭受经济损失而获得的任何保险或政府补助的金额。

经济损失

为修复/替换被盗窃/被损坏的财产支付的金额	\$ _____	<input type="checkbox"/> 我有支持性文件。
支付的医疗费用金额	\$ _____	<input type="checkbox"/> 我有支持性文件。
支付的心理咨询费用金额	\$ _____	<input type="checkbox"/> 我有支持性文件。
损失的工资、利润，或佣金的金额	\$ _____	<input type="checkbox"/> 我有支持性文件。
把车辆或住所改装或改建为无障碍设施所支付的金额	\$ _____	<input type="checkbox"/> 我有支持性文件。
总经济损失	\$ _____	

因罪行而获得的赔付或补偿

汽车保险支付金额	\$ _____	<input type="checkbox"/> 我有支持性文件。
房屋保险支付金额	\$ _____	<input type="checkbox"/> 我有支持性文件。
商业财产险支付金额	\$ _____	<input type="checkbox"/> 我有支持性文件。
医疗保险支付金额	\$ _____	<input type="checkbox"/> 我有支持性文件。
政府补助支付金额	\$ _____	<input type="checkbox"/> 我有支持性文件。
收到的其他补助	\$ _____	<input type="checkbox"/> 我有支持性文件。
其他 (请具体说明) _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> 我有支持性文件。
总补偿/赔付	\$ _____	

总经济损失 \$ _____ 一 (减去) 总补偿/赔付 \$ _____ = \$ _____

要求的赔偿额

