

РАЗРЕШЕНИЕ ДЛЯ VCF ОТ ВОЛОНТЕРА-УЧАСТНИКА РАБОТ В WTC



Workers'
Compensation
Board

Разрешение для Фонда компенсации жертвам терактов 11 сентября во Всемирном торговом центре (VCF)

Имя и фамилия заявителя (впишите только ручкой, предпочтительно шариковой)

Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ)

Номер социального страхования

Почтовый адрес

Город

Штат

Индекс

Данный документ разрешает Совету по компенсациям работникам (Workers' Compensation Board) получать любую информацию, относящуюся к моей заявке в Фонд компенсации жертвам 11 сентября (September 11th Victim Compensation Fund (далее «Фонд компенсации жертвам» или «Фонд VCF»), созданный в 2001 году Министерством юстиции США (U.S. Department of Justice), с целью оценки моей заявки на компенсацию для волонтеров-участников работ во Всемирном торговом центре. Такая информация может, в частности, включать медицинскую, государственную и финансовую информацию обо мне.

Я подтверждаю, что у меня есть право в любое время отозвать данное разрешение, за исключением случаев, когда Совет по компенсациям работникам (WCB) уже предпринимал действия на основании данного разрешения. Чтобы отозвать это разрешение, отправьте письмо в Совет по компенсациям работникам (WCB) по адресу, указанному ниже.

Копии данного разрешения с моей подписью имеют такую же силу, как и оригинал документа, подписанный мной.

Подпись заявителя

Дата (ММ/ДД/ГГГГ)

Имя и фамилия (печатными буквами)

Если заявитель не может поставить свою подпись, лицо, подписывающее документ от его имени, должно заполнить следующие поля и поставить свою подпись:

Ваши имя и фамилия

Подпись

Степень родства с пациентом

Дата (ММ/ДД/ГГГГ)