



تصريح لصندوق تعويض ضحايا 11 سبتمبر (VCF) في مركز التجارة العالمي

اسم المُطالب (استخدم قلم حبر جاف فقط للكتابة، إن أمكن) تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة) رقم الضمان الاجتماعي

العنوان البريدي المدينة الولاية الرمز البريدي

يسمح نموذج التصريح هذا لمجلس تعويض العمال (Workers' Compensation Board) بالحصول على أي معلومات تتعلق بمطالبتي في إطار صندوق تعويض ضحايا 11 سبتمبر عام 2001 (يشار إليه فيما يلي بلفظ "صندوق تعويض الضحايا" أو "VCF") من وزارة العدل الأمريكية بغرض تقييم مطالبتي بالتعويض بصفتي متطوعاً لدى مركز التجارة العالمي. قد تتضمن هذه المعلومات، على سبيل المثال لا الحصر، المعلومات الطبية والحكومية والمالية الخاصة بي. أقر بعلمي أن لي الحق في إلغاء هذا التصريح في أي وقت، باستثناء ما يكون قد تصرف فيه مجلس تعويض العمال بالفعل بناءً على هذا التصريح. لإلغاء هذا التصريح، أرسل خطاباً إلى مجلس تعويض العمال على العنوان المدرج أدناه. تُعد أي نسخة من هذا التصريح يظهر عليها توقيع صالحة مثلها مثل النسخة الأصلية المثبت عليها توقيع.

توقيع المُطالب التاريخ (شهر/يوم/سنة)

الاسم بحروف واضحة

إذا كان المطالب غير قادر على التوقيع، فيجب على الشخص الذي يوقع بالنيابة عنه أن يملأ المعلومات التالية ويوقع أدناه:

اسمك التوقيع صلتك بالمرضى التاريخ (شهر/يوم/سنة)