

AUTORIZZAZIONE WTC VCF



**Workers'
Compensation
Board**

Autorizzazione ai sensi del World Trade Center September 11th Victim Compensation Fund (VCF)

Nome del richiedente (*utilizzare soltanto penne,
possibilmente biro*)

Data di nascita (MM/GG/AAAA)

Numero di previdenza sociale

Indirizzo postale

Città

Stato

Cod. postale

Il presente modulo di autorizzazione consente alla Workers' Compensation Board di ottenere qualsiasi informazione correlata alla mia richiesta ai sensi del September 11th Victim Compensation Fund of 2001 ("Victim Compensation Fund" o "VCF") da parte del Dipartimento di giustizia (*Department of Justice*) degli Stati Uniti allo scopo di valutare la mia richiesta di indennità in qualità di volontario/a del World Trade Center. Queste informazioni potrebbero includere, a titolo esemplificativo, informazioni mediche, governative e finanziarie sul mio conto.

Prendo atto di avere il diritto di revocare la presente autorizzazione in qualsiasi momento, salvo il caso in cui la Workers' Compensation Board abbia già agito sulla base della stessa. Per revocare la presente autorizzazione, devo inviare una comunicazione alla Workers' Compensation Board all'indirizzo indicato di seguito.

Le copie della presente autorizzazione che mostrano la mia firma sono valide come la versione originale sottoscritta di mio pugno.

Firma del richiedente

Data (MM/GG/AAAA)

Nome in stampatello

Se il richiedente non è in grado di firmare, la persona che firma in sua vece deve compilare e firmare di seguito:

Nome

Firma

Relazione rispetto al paziente

Data (MM/GG/AAAA)