

WTC VCF 授权书



Workers'
Compensation
Board

世界贸易中心 9 月 11 日受害者赔偿基金 (VCF) 授权书

索赔人姓名 (仅使用墨水笔 — 尽量用圆珠笔)

出生日期 (月/日/年)

社会保障号

邮寄地址

城市

州

邮政编码

本授权书允许 Workers' Compensation Board 出于评价本人提交的世界贸易中心志愿者补偿索赔申请之目的，从美国司法部获得任何与本人依照 2001 年的 9 月 11 日受害者赔偿基金（受害者赔偿基金或 VCF）而提交的索赔相关的信息。该信息可包括但不限于关于本人的医疗、政府和财务信息。

本人确认，本人有随时撤销本授权书的权利，但此撤销不适用于 Workers' Compensation Board 已经根据本授权书已采取之行动的情况。如要撤销本授权书，请向 Workers' Compensation Board 发送信函，具体地址见下。

显示本人签名的本授权书的副本，与本人已签署的授权协议书原件一样有效。

索赔人签名

日期 (月/日/年)

工整书写姓名

如果索赔人无法签名，代表他们签名的个人必须填写以下内容并签名：

您的姓名

签名

与患者的关系

日期 (月/日/年)