

AUTORISATION VCF RELATIVE AU WTC



**Workers'
Compensation
Board**

Autorisation du Fonds d'indemnisation des victimes du 11 septembre (VCF) du World Trade Center

Nom du (de la) demandeur(euse)
(à l'encre uniquement – stylo à bille, si possible)

Date de naissance (MM/JJ/AAAA)

Numéro de sécurité sociale

Adresse postale

Ville

État

Code postal

Ce formulaire d'autorisation permet à la Commission des accidents du travail d'obtenir du Département de la justice des États-Unis toute information relative à ma demande d'indemnisation au titre du Fonds d'indemnisation des victimes du 11 septembre 2001 (VCF) dans le but d'évaluer ma demande d'indemnisation de bénévole du World Trade Center. Ces informations peuvent inclure, sans s'y limiter, des informations médicales, gouvernementales et financières me concernant.

Je reconnais que j'ai le droit de révoquer cette autorisation à tout moment, sauf dans la mesure où la Commission des accidents du travail a déjà agi sur la base de cette autorisation. Pour révoquer cette autorisation, envoyez une lettre à la Commission des accidents du travail à l'adresse indiquée ci-dessous.

Toute copie de cette autorisation qui porte ma signature est aussi valable que l'original signé par moi.

Signature du (de la) demandeur(euse)

Date (MM/JJ/AAAA)

Nom en caractères d'imprimerie

Si le (la) demandeur(euse) est incapable de signer, la personne qui signe en son nom doit remplir et signer ci-dessous :

Votre nom

Signature

Relation avec le (la) patient(e) Date (MM/JJ/AAAA)