



إذن بإجراء مناقشات شفوية



قسم تابع للجنة تعويضات العمال في Virginia

الفاكس: 804-823-6905

الهاتف: 800-552-4007

البريد: P.O. Box 26927, Richmond Virginia 23261

virginiavictimsfund.org

التعليمات: يُرجى ملء الاستمارة والتوقيع عليها وإرسالها إلى صندوق ضحايا Virginia.

رقم مطالبة صندوق VVF (إذا كان معروفًا)	طباعة اسم صاحب المطالبة
المدينة، الولاية، الرمز البريدي	العنوان
آخر أربعة من رقم الضمان الاجتماعي (SSN)	رقم هاتف صاحب المطالبة
تاريخ الميلاد	اسم الهيئة

أسمح لموظفي صندوق ضحايا Virginia بمناقشة المعلومات المتعلقة بالمطالبة المذكورة أعلاه، شخصيًا أو هاتفياً، مع موظفي _____

الذين يساعدونني في استكمال مطالبة صندوق ضحايا Virginia (VVF).

أسمح لموظفي صندوق ضحايا Virginia بمناقشة المعلومات المتعلقة بالمطالبة المذكورة أعلاه، شخصيًا أو هاتفياً، مع أفراد العائلة المعينين أدناه الذين يساعدونني في مطالبة صندوق ضحايا Virginia (VVF):

الاسم	رقم الهاتف	صلة القرابة	تاريخ الميلاد
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

يقتصر الإفصاح عن المعلومات بموجب هذه الوثيقة على التواصل الشفهي مع موظفي صندوق ضحايا Virginia. لا تسمح هذه الوثيقة بالإفصاح عن أي معلومات مكتوبة إلى الهيئة/الأفراد المذكورين أعلاه.

يقتصر هذا التفويض على المدة الزمنية من _____ (التاريخ) إلى _____ (التاريخ). إذا لم يتم تحديد أي تواريخ، فستظل هذه الوثيقة سارية إلى أجل غير مسمى.

يقتصر هذا التفويض كذلك على المناقشات المتعلقة بما يلي:

(في حالة عدم وجود قيود مدرجة، يُسمح بإجراء مناقشات بشأن أي حالة طبية تلقى صاحب المطالبة علاجًا لها.)

التاريخ

توقيع صاحب المطالبة/مقدم الطلب

يجب أن تكون الإجابات باللغة الإنجليزية