

弗吉尼亚州工伤赔偿委员会下属机构

virginiavictimsfund.org 邮寄地址: P.O. Box 26927, Richmond Virginia 23261 电话: 800-552-4007 传真: 804-823-6905

说明: 请填写、签名并交回弗吉尼亚受害者基金。

工整书写索赔人姓名

VVF 申请编号 (如果知道)

街道地址

城市、州、邮政编码

索赔人电话号码

出生日期

社会保障号 (SSN) 最后四位数

我允许弗吉尼亚受害者基金的工作人员与_____的
工作人员当面或通过电话联系与上述索赔申请相关的信息，
(组织名称)

后者正在协助我完成弗吉尼亚州受害者基金 (VVF) 的索赔申请。

我允许弗吉尼亚受害者基金会工作人员亲自或通过电话联系与以下指定的家庭成员讨论与上述索赔申请相关的信息，所提及的家庭成员正在协助我处理 VVF 索赔申请：

姓名	电话号码	关系	出生日期
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

根据本文件发布的信息仅限于与弗吉尼亚受害者基金工作人员进行口头交流。本文件不允许向上述组织/个人透露任何书面信息。

本授权书的有效期为_____ (日期) 至_____ (日期)。如没有标明日期，则本表将无限期有效。

这项授权还仅限于讨论以下内容：

(如果没有列出限制条件，则允许讨论索赔人已接受治疗的任何医疗状况)。

索赔人/申请人签名

日期

必须用英语回复