



virginiavictimsfund.org 郵件：P.O. Box 26927, Richmond Virginia 23261 電話：800-552-4007 傳真：804-823-6905

說明：請填寫，簽名並交還至維吉尼亞州受害人基金。

印刷索賠人姓名

VVF 索賠編號（若已知）

街道地址

城市、州、郵遞區號

索賠人電話號碼

出生日期

社會安全號碼 (SSN) 的後四位

本人允許以下機構的工作人員： \_\_\_\_\_  
(機構名稱)

與協助本人完成維吉尼亞州受害人基金 (VVF) 索賠的員工，以當面或電話方式討論與上述索賠相關的資訊。

本人允許維吉尼亞州受害人基金的員工，以當面或電話方式與以下協助本人 VVF 索賠的指定家庭成員討論上述索賠相關的資訊：

姓名	電話號碼	關係	出生日期
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

根據本檔案發布的資訊僅限於與維吉尼亞州受害人基金員工的當面溝通。本檔案不允許向上述機構/個人發布任何書面資訊。

本授權的有效性僅以 \_\_\_\_\_ (日期) 至 \_\_\_\_\_ (日期) 為限。若未指定日期，本表格的有效性將為無期限。

本授權亦受限於涉及以下事項的討論：

(若未列出任何限制，則將允許討論與索賠人曾接受治療涉及的任何醫療照護狀況資訊。)

索賠人/申請人簽名

日期

必須用英語回覆