



Virginia Workers' Compensation Commission (버지니아 산재 보상 위원회) 산하 부서

virginiavictimsfund.org

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

전화: 800-552-4007

팩스: 804-823-6905

안내: 작성하고 서명하여 Virginia Victims Fund (버지니아 피해자 기금, VVF)에 반송해 주십시오.

청구인 정자체 이름

VVF 청구 번호 (알고 있는 경우)

도로명 주소

도시, 주, 우편번호

청구인 전화번호

생년월일

사회보장번호 (SSN)의 마지막 4 자리

본인은 Virginia Victims Fund 직원이 위의 청구와 관련된 정보를, 본인의 VVF 청구서 작성을 돕고 있는 _____

(기관 이름)

의 직원과 직접 또는 전화로 논의하도록 허용합니다.

본인은 Virginia Victims Fund 직원이 위의 청구와 관련된 정보를, 본인의 VVF 청구서 작성을 돕고 있는 다음의 가족과 직접 또는 전화로 논의하도록 허용합니다.

이름

전화번호

관계

생년월일

이 문서에 따른 정보 공개는 Virginia Victims Fund 직원과의 구두 의사소통으로 제한됩니다. 이 문서는 위에 나열된 기관/개인에게 서면으로 정보 공개를 허용하지 않습니다.

이 승인은 _____ (날짜) 부터 _____ (날짜) 까지의 기간으로 제한됩니다. 날짜를 지정하지 않으면 이 양식은 기간 제한 없이 유효하게 유지됩니다.

이 권한은 다음 사항에 대한 논의로 더욱 제한됩니다.

(제한 사항이 나열되지 않은 경우, 청구인이 치료받은 모든 의료 상태에 대한 논의가 허용됩니다)

청구인/신청인 서명

날짜

답변은 영어로 해야 합니다