

Cho phép Giao tiếp Bằng lời



Một Phân ban thuộc Ủy ban Bồi thường cho Người lao động Virginia

virginiavictimsfund.org

Đường bưu điện: P.O. Box 26927, Richmond
Virginia 23261

Điện thoại: 800-552-4007 Fax: 804-823-6905

Chỉ dẫn: Vui lòng điền thông tin, ký tên và nộp lại cho Quỹ Nạn nhân Virginia.

Tên viết In hoa của Nguyên đơn

Số Yêu cầu Thanh toán VVF
(Nếu đã Biết)

Địa chỉ Đường phố

Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip

Số Điện thoại của Nguyên đơn

Ngày sinh

Bốn Số Cuối trong Số An sinh Xã hội (SSN)

Tôi cho phép nhân viên của Quỹ Nạn nhân Virginia trao đổi thông tin liên quan đến yêu cầu thanh toán nêu trên, trực tiếp hoặc qua điện thoại, với nhân viên của _____,
(Tên Tổ chức)

người sẽ hỗ trợ tôi hoàn thành yêu cầu thanh toán với Quỹ Nạn nhân Virginia (VVF).

Tôi cho phép nhân viên của Quỹ Nạn nhân Virginia trao đổi thông tin liên quan đến yêu cầu thanh toán nêu trên, trực tiếp hoặc qua điện thoại, với thành viên được chỉ định trong gia đình dưới đây, người sẽ hỗ trợ tôi trong yêu cầu thanh toán với VVF:

Tên	Số Điện thoại	Mối quan hệ	Ngày sinh
-----	---------------	-------------	-----------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Việc tiết lộ thông tin trong tài liệu này bị giới hạn ở mức trao đổi bằng lời với nhân viên của Quỹ Nạn nhân Virginia. Tài liệu này không cho phép tiết lộ thông tin dạng văn bản cho các tổ chức/cá nhân có tên bên trên.

Ủy quyền này được giới hạn trong khung thời gian từ _____ (ngày) đến _____ (ngày). Nếu không chỉ rõ ngày tháng, thì mẫu này sẽ có hiệu lực trong khoảng thời gian không giới hạn.

Mẫu này có thêm hạn chế đối với việc trao đổi liên quan đến các nội dung như sau:

(Nếu không nêu hạn chế, thì sẽ chỉ cho phép trao đổi liên quan đến tình trạng y tế mà nguyên đơn nhận dịch vụ chăm sóc.)

Chữ ký của Nguyên đơn/Người nộp đơn

Ngày

Các Câu trả lời Phải bằng Tiếng Anh