AUTORIZZAZIONE WTC VCF

NEW YORK STATE | Workers' Compensation Board

Autorizzazione ai sensi del World Trade Center September 11th Victim Compensation Fund (VCF)

Nome del/della richiedente *(utilizzare soltanto penne, possibilmente biro)* **Data di nascita** (MM/GG/AAAA) **Numero di previdenza sociale**

Indirizzo postale **Città** **Stato** **Cod. postale**

Il presente modulo di autorizzazione consente alla Workers' Compensation Board di ottenere qualsiasi informazione correlata alla mia richiesta ai sensi del September 11th Victim Compensation Fund of 2001 ("Victim Compensation Fund" o "VCF") da parte del Dipartimento di giustizia *(Department of Justice)* degli Stati Uniti allo scopo di valutare la mia richiesta di indennità in qualità di volontario/a del World Trade Center. Queste informazioni potrebbero includere, a titolo esemplificativo, informazioni mediche, governative e finanziarie sul mio conto.

Prendo atto di avere il diritto di revocare la presente autorizzazione in qualsiasi momento, salvo il caso in cui la Workers' Compensation Board abbia già agito sulla base della stessa. Per revocare la presente autorizzazione, devo inviare una comunicazione alla Workers' Compensation Board all'indirizzo indicato di seguito.

Le copie della presente autorizzazione che mostrano la mia firma sono valide come la versione originale sottoscritta di mio pugno.

Firma del/della richiedente **Data** (MM/GG/AAAA)

Nome in stampatello

Se il/la richiedente non è in grado di firmare, la persona che firma in sua vece deve compilare e firmare di seguito:

Nome **Firma** **Relazione rispetto al/alla paziente** **Data** (MM/GG/AAAA)