

# UPOWAŻNIENIE WTC VCF



Workers'  
Compensation  
Board

## Upoważnienie Funduszu Odszkodowań dla Ofiar 11 Września World Trade Center (VCF)

Imię i nazwisko poszkodowanego *(tylko atramentem – najlepiej długopisem)* \_\_\_\_\_ Data urodzenia (MM/DD/RRRR) \_\_\_\_\_ Nr ubezpieczenia socjalnego \_\_\_\_\_

Adres do doręczeń \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Stan \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Niniejszy formularz upoważnienia umożliwia uzyskanie wszelkich informacji dotyczących mojego roszczenia z Funduszu Odszkodowań 2001 dla Ofiar 11 Września World Trade Center (Victim Compensation Fund, VCF) Amerykańskiego Departamentu Sprawiedliwości na potrzeby weryfikacji mojego roszczenia o odszkodowanie jako ochotnika World Trade Center. Te informacje mogą uwzględniać m. in. moje dane medyczne, dane rządowe i informacje o moim stanie finansowym.

Wiem, że mam prawo do odwołania niniejszego upoważnienia w dowolnym momencie, z wyjątkiem przypadków, w których Komisja ds. Odszkodowań Pracowniczych podjęła już czynności w oparciu o to upoważnienie. Aby wycofać niniejsze upoważnienie, należy wysłać pismo do Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych na adres podany poniżej.

Kopie niniejszego upoważnienia z moim podpisem mają moc prawną podpisanego przeze mnie oryginału upoważnienia.

Podpis Poszkodowanego \_\_\_\_\_

Data (MM/DD/RRRR) \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko drukiem \_\_\_\_\_

Jeżeli poszkodowany nie jest w stanie złożyć podpisu, osoba podpisująca w imieniu poszkodowanego powinna wypełnić i podpisać poniższą część.

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Podpis \_\_\_\_\_

Stosunek do pacjenta \_\_\_\_\_

Data (MM/DD/RRRR) \_\_\_\_\_