

# AUTORIZACIÓN DE VCF DEL WTC



**Workers'  
Compensation  
Board**

## Autorización del Fondo de Compensación de Víctimas del 11 de Septiembre (September 11th Victim Compensation Fund, VCF) del World Trade Center

Nombre del reclamante *(usar solamente tinta; bolígrafo, de ser posible)*

Fecha de nacimiento  
(MM/DD/AAAA)

N.º de Seguro Social:

Dirección de correo

Ciudad

Estado

Código postal

Este formulario de autorización le permite a la Junta de Compensación Obrera obtener cualquier información relativa a mi reclamo conforme al Fondo de Compensación de Víctimas del 11 de Septiembre de 2001 (Fondo de Compensación de Víctimas o VCF) del Departamento de Justicia de EE. UU. (U.S. Department of Justice) con el fin de evaluar mi reclamo de compensación como voluntario del World Trade Center. Esta información puede incluir, entre otros, información médica, gubernamental y financiera sobre mí.

Reconozco que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que la Junta de Compensación Obrera ya haya actuado con base en esta autorización. Para revocar esta autorización, envíe una carta a la Junta de Compensación Obrera a la dirección que se indica más abajo.

Las copias de esta autorización que contengan mi firma tienen la misma validez que la autorización original que firmé.

Firma del reclamante

Fecha (MM/DD/AAAA)

Nombre en letra de imprenta

Si el reclamante no puede firmar, la persona que firme en su nombre debe completar y firmar lo que sigue:

Su nombre

Firma

Relación con el paciente

Fecha (MM/DD/AAAA)