



ورلڈ ٹریڈ سنٹر 11 ستمبر کے متاثرین کے معاوضے کے فنڈ (VCF) کی مجاز کاری

سوشل سکیورٹی نمبر

تاریخ پیدائش (MM/DD/YYYY)

دعویدار کا نام (صرف سیاہی استعمال کریں - اگر ممکن ہو تو، بال پوائنٹ پین)

زپ

ریاست

شہر

ڈاک کا پتہ

یہ اجازت کا فارم ورکرز کمپنیشن بورڈ کو میرے 11 ستمبر 2001 کے متاثرین کے معاوضے کے فنڈ (متاثرین کے معاوضے کا فنڈ یا VCF) کے دعوے کے متعلق امریکی محکمہ انصاف سے میرے ورلڈ ٹریڈ سنٹر کے رضاکار کے معاوضے کے دعوے کا تجزیہ کرنے کے مقصد کے لیے کوئی بھی معلومات حاصل کرنے کی اجازت دیتا ہے۔ اس معلومات میں بلا تحدید میری طبی، حکومتی اور مالیاتی معلومات شامل ہو سکتی ہیں۔

میں تسلیم کرتا/کرتی ہوں کہ مجھے کسی بھی وقت اس اجازت کو منسوخ کرنے کا حق حاصل ہے، ماسوائے اس صورت کے کہ ورکرز کمپنیشن بورڈ اس مجاز کاری کی بنیاد پر پہلے ہی عمل انجام دے چکا ہو۔ اس مجاز کاری کو منسوخ کرنے کے لیے، ذیل میں درج فہرست پتے پر ورکرز کمپنیشن بورڈ کو خط بھیجیں۔ میرے دستخط کو ظاہر کرنے والی اس مجاز کاری کی نقول میری جانب سے دستخط کردہ اصل اجراء جتنی ہی مصدقہ ہیں۔

تاریخ (MM/DD/YYYY)

دعویدار کے دستخط

پرنت کردہ نام

اگر دعویدار دستخط سے قاصر ہو، تو اس کی جانب سے دستخط کرنے والے شخص پر درج ذیل مکمل کرنا اور دستخط کرنا لازم ہے:

تاریخ (MM/DD/YYYY)

مریض کے ساتھ تعلق

دستخط

آپ کا نام