

هذه الشروط مُوضحة بالكامل في قانون Virginia، المادة 19.2-368. لن يتم النظر في طلبك ما لم يتم التوقيع على هذه الوثيقة في المكان المخصص له وتوثيقها من كاتب عدل.

المبالغ المُحصلة

أوافق على أنه يجوز لصندوق التعويض عن الإصابات الجناحية (صندوق ضحايا Virginia) دفع أي تعويض لصالحه مباشرة إلى الشخص أو الكيان الذي أُدين له بدفع مبلغ بسبب الجريمة. وأفهم أن صندوق ضحايا Virginia (VVF) سيحاول تحصيل مبلغ التعويض المخصص لي من الشخص المسؤول عن الجريمة. وأوافق أيضاً على أنه إذا حصلت فيما بعد على أي أموال من أي مصدر آخر نتيجة الجريمة، أو تلقيت تعويضاً، أو قاضيت الشخص المسؤول عن هذه الجريمة وحصلت على تعويضات، فسوف أقوم على الفور بسداد مبلغ التعويض إلى صندوق ضحايا Virginia (VVF). وفي حالة عدم سداد مبلغ التعويض إلى صندوق ضحايا Virginia (VVF)، أوافق على تحمل كافة تكاليف التحصيل المقررة وفقاً للقانون.

القسم

أؤكد أنني اطّلت على هذا الطلب، وفهمت كل ما ورد فيه. وأقسم بأن كل ما ورد فيه صحيح وكامل ودقيق على حد علمي ومعرفتي. وأدرك أنه إذا كانت أي من المعلومات التي قدّمتها غير صحيحة، أو إذا لم أتعاون بشكل كامل مع كافة السلطات التنفيذية القانونية، بما في ذلك النيابة العامة، فقد يتم رفض المطالبة أو سحبها مع تحصيل المبلغ المدفوع.

التفويض:

أفوض أي مستشفى أو طبيب أو استشاري أو مدير خدمات الجنازة أو أي شخص قد حضر أو فحص

(/اسم الضحية)، وكذلك أي بلدية أو صاحب عمل أو نقابة أو شركة تأمين أو مكتب خدمات اجتماعية أو مكتب ضمان اجتماعي أو أي شخص آخر أو مؤسسة أو كالة أو هيئة، بتقديم أي معلومات مطلوبة إلى صندوق تعويضات الإصابات الجناحية (صندوق ضحايا Virginia) أو ممثله، بما في ذلك بيانات الضرائب وصحيفة الحالة الجناحية السابقة، التي تُعد ضرورية لإتمام مطالبة الضحية أو صاحب المطالبة للحصول على التعويضات. وسيتم اعتبار أي نسخة من هذا التفويض صالحة وفعالة تماماً مثل الأصل. يقتصر هذا التفويض على جمع المعلومات المرتبطة بهذه المطالبة.

أفوض أيضاً صندوق التعويض عن الإصابات الجناحية (صندوق ضحايا Virginia) بالإفصاح عن جميع المعلومات الموجودة في ملف مطالبي، باستثناء تلك الوثائق المحمية قانوناً من النشر، إلى برنامج مساعدة الشهود والضحايا في المنطقة التي تتولى قضيتي.

لقد قرأت الشروط المذكورة أعلاه وفهمتها ووافقت عليها. أقسم بأنني صاحب المطالبة؛ وقد اطّلت على جميع متطلبات صندوق ضحايا Virginia (VVF) وفهمتها. والمعلومات المقدمة صحيحة وكاملة ودقيقة على حد علمي ومعرفتي. وأدرك أن تقديم معلومات غير صحيحة يُعتبر جريمة جنائية بموجب المادة 19.2-368.16 من قانون Virginia.

توقيع صاحب المطالبة

طباعة اسم صاحب المطالبة

المدينة/المقاطعة _____ ، الكومنولث/الولاية _____

تم التوقيع وأداء اليمين أمامي هذا اليوم _____ الموافق _____ ، _____

توقيع كاتب العدل

تنتهي مدة التفويض الخاص بي في اليوم _____ الموافق _____ ، _____

رقم كاتب العدل: _____



يُرجى ملاحظة أن صندوق التعويض عن الإصابات الجناحية (صندوق ضحايا Virginia) هو قسم من أقسام لجنة تعويضات العمال، المعفاة من قانون نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA). وبناءً على ذلك، يُعتبر الصندوق بموجب قانون نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA) "جهة دفع" يجوز الإفصاح له دون الحاجة إلى إذن مسبق.