

مجلس تعويضات ضحايا الجرائم، ٥٠٠ شارع ميرو، فرانكفورت، كنتاكي ٨٢٥٥-٧٨٢-٧٨٢-٥٠٢
٤٠٦٠١، crimesvictims@ky.gov.

بيان الطبيب يجب تعبئته فقط في حالة التقدم بطلب للحصول على
تعويض عن فقدان الأجر / فقدان الدعم.
يجب أن يتم تعبئتها وتوقيعها من قبل الطبيب فقط.

اسم الضحية / المريض:

نوع الإصابة: _____

تاريخ الإصابة: _____ تاريخ (تواريخ) عدم قدرة الضحية/المريض على العمل: _____ إلى _____

عانى الضحية/المريض من إعاقة دائمة: () نعم () لا

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكر نسبة الإعاقة الدائمة للضحية في الجسم ككل وفقاً لقانون الجمعية الطبية الأمريكية
المبادئ التوجيهية:

وصف الإصابة/الصدمة الناتجة عن الجريمة والتعليقات:

اسم الطبيب: _____ التخصص: _____

عنوان المكتب: _____

عنوان

ولاية

الرمز البريدي

رقم الترخيص الدولي: _____

توقيع الطبيب

تاريخ