

Commission d'indemnisation des victimes d'actes
criminels 500 Mero St., Frankfort, KY 40601
crimevictims@ky.gov
502-782-8255

DÉCLARATION DU MÉDECIN À remplir
uniquement si vous faites une demande de perte de salaire ou de perte de soutien.
À remplir et à signer par le MÉDECIN uniquement

Nom de la victime / du patient : _____

Type de blessure : _____

Date de la blessure : _____ Date(s) à laquelle la victime/le patient est incapable de travailler : _____ à _____

La victime/le patient a subi une invalidité permanente : () Oui () Non

Si oui, veuillez indiquer le pourcentage d'invalidité permanente de la victime par rapport à l'ensemble du corps, conformément à l'AMA.
Lignes directrices : _____

Description de la blessure/du traumatisme résultant d'un crime et commentaires :

Nom du médecin : _____ Spécialité : _____

Adresse du bureau : _____
Adresse Ville État Code postal

Téléphone : _____ Numéro de licence d'État : _____

Signature du médecin Date