



Informazioni sulla domanda – TUTTE LE COMUNICAZIONI DEVONO INCLUDERE QUESTI NUMERI

Data infortunio/malattia: _____ N. Caso WCB: _____

Dati del Lavoratore infortunato

Spuntare se l'indirizzo è cambiato

Cognome: _____ Nome: _____ Iniziale secondo nome: _____

Indirizzo postale: _____ Riga 2: _____

Città: _____ Stato: _____ Codice postale: _____ Paese: _____

N. di telefono: _____ Indirizzo email: _____

N. di previdenza sociale (SSN): _____ Data di nascita: _____ Sesso: Maschio Femmina

Dati del Datore di lavoro

Nome del datore di lavoro: _____

Indirizzo postale: _____ Riga 2: _____

Città: _____ Stato: _____ Codice postale: _____ Paese: _____

N. di telefono datore di lavoro: _____ Identificativo fiscale federale: _____ L'identificativo fiscale è (selezionarne uno): SSN EIN

Motivo della richiesta – Istruzioni: Spuntare tutte le caselle pertinenti. Assicurarsi di allegare tutti i moduli aggiuntivi, i referti medici, le lettere, ecc. necessari per ogni casella. Evitare di allegare le informazioni aggiuntive se sono già state comunicate. Si prega tuttavia di identificarle scrivendo nello spazio alla fine di questo documento** il numero o il titolo del modulo, e la data del suo invio al Comitato. Firmare e datare il modulo sotto.

Pagamenti di assicurazione:

- a. Io non sto lavorando in data _____ e non sto ricevendo pagamenti. **Allegare la documentazione medica della disabilità.**

Spuntare tutte le opzioni pertinenti:

Ho presentato domanda per un infortunio sul lavoro.

Il mio datore di lavoro non sta pagando il mio stipendio.

La mia domanda non è stata rifiutata.

Non sono stato oggetto di una decisione che mi impedisce di ricevere l'assicurazione.

Ho tentato di risolvere la situazione con l'assicuratore.

- b. I miei pagamenti sono stati interrotti o ridotti.

- c. Ho ricominciato a lavorare il giorno _____ con stipendio pieno.

- d. Il mio stipendio è inferiore dopo l'infortunio. **Allegare il cedolino paga attuale e i referti medici del proprio dottore.**

- e. Avevo due o più datori di lavoro il giorno dell'incidente/infortunio (assunzione concomitante).

Allegare lo stipendio settimanale lordo precedente all'infortunio e la dichiarazione del secondo datore di lavoro relativa al congedo lavorativo.

- f. Sono stato scarcerato il giorno _____ e non sto ricevendo pagamenti.

Allegare la documentazione che comprova lo stato di disabilità e la scarcerazione.

- g. Non ho ricevuto i pagamenti dettati dalla decisione pronunciata il _____

Questioni sanitarie:

- h. La mia richiesta di trattamento medico è stata rifiutata o non è stata considerata. **Allegare la lettera di rifiuto.**

- i. La mia disabilità è diventata permanente. **Allegare il Modulo C-4.3, Referto del medico per Limite di miglioramento clinico/Inabilità permanente.**

Spunti questa casella se l'incidente si è verificato quando lei aveva meno di 25 anni.

- j. La mia situazione clinica è cambiata. **Allegare i referti medici.**

- k. La mia richiesta di rimborso per il trattamento e il trasporto è stata rifiutata o non è stata considerata. **Allegare le ricevute e il Modulo C-257.**

Altre questioni:

- l. Ho nuove informazioni e/o documenti richiesti dal Comitato in merito a (**allegare i documenti**):

- m. Altro (spiegare nello spazio sottostante):

**Dati di riferimento del documento (data, nome/titolo, identificativo del modulo): _____

Firma del lavoratore infortunato: _____ Data: _____

Informazioni generali per il lavoratore infortunato sull'uso di questo Modulo

Lei può inviare questo modulo (RFA-1W) e qualsiasi allegato al Comitato per l'assicurazione infortuni se desidera che il Comitato si pronunciasse in merito alla sua domanda, oppure se vuole notificare al Comitato qualsiasi problema o circostanza che stia pregiudicando la sua domanda. Le circostanze segnalate più frequentemente al Comitato sono correlate ai pagamenti dell'assicurazione (elementi a-g) oppure a condizioni sanitarie (elementi h-k), ma lei può richiedere l'intervento del Comitato per altre questioni. Spunti tutte le opzioni pertinenti e/o aggiunga informazioni o spiegazioni nello spazio fornito (l o m).

Compili tutti i campi all'inizio del Modulo RFA-1W e invii il modulo, ALLEGANDO TUTTE LE INFORMAZIONI PERTINENTI*, a:

Workers' Compensation Board
PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5205

Indirizzo di posta elettronica: wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov

Numero di fax statale: (877) 533-0337

Il Comitato contatterà lei e tutti gli altri soggetti quando avvierà un'azione per la sua domanda.

*I dati necessari sono indicati in grassetto sotto ogni casella da spuntare. Per esempio, se sta notificando al Comitato che la sua disabilità è diventata permanente (casella i), i dati necessari sono quelli del Modulo C-4.3, Referto del medico per Limite di miglioramento clinico/Inabilità permanente.

UNA COPIA DI QUESTO MODULO DEVE ESSERE INVIATA ALL'ASSICURATORE, OPPURE AL DATORE DI LAVORO O AL SUO AMMINISTRATORE DI TERZA PARTE QUALORA SIA AUTOASSICURATO.

Se ha altri dubbi, si rivolga a un **RAPPRESENTANTE DEL LAVORATORE INFORTUNATO del Comitato al n. (800) 580-6665**. È possibile ottenere maggiori informazioni sugli altri servizi del Comitato visitando il sito internet: **www.wcb.ny.gov**. Se desidera seguire la sua istanza online, può registrarsi su eCase seguendo le istruzioni per la registrazione disponibili nella sezione eCase del sito del Comitato.

Ha diritto a ricevere rappresentanza legale. Gli avvocati non possono addebitarle costi per la loro rappresentanza nell'ambito di una domanda per l'assicurazione infortuni. Se la sua domanda prevede un premio, qualsiasi parcella presentata deve essere approvata dal Comitato, e sarà dedotta dal suo premio assicurativo e pagata direttamente all'avvocato.

Trattamento sanitario - In aggiunta ai servizi sanitari di valore inferiore a 1.000,00 USD, la maggior parte dei servizi sanitari coperti dalle Linee guida per i trattamenti sanitari (a prescindere dal loro costo) non richiedono l'autorizzazione medica. Relativamente a questi servizi, il Fornitore sanitario può prestare il trattamento e inviare la fattura all'assicuratore. Se non riceve risposta entro i 45 giorni successivi alla ricezione della fattura, il Fornitore sanitario può usare il Modulo HP-1 per richiedere un premio amministrativo. Alcuni trattamenti inclusi nelle Linee guida per i trattamenti sanitari, come p. es. interventi chirurgici complessi, non richiedono l'autorizzazione preventiva. Inoltre, quando il valore dei servizi sanitari è pari o superiore a 1.000,00 USD e non rientra nell'ambito delle Linee guida per i trattamenti sanitari, il Fornitore sanitario deve contattare l'assicuratore o il datore di lavoro autoassicurato per ricevere l'autorizzazione. Il Fornitore sanitario deve anche inviare il Modulo C-4AUTH all'assicuratore/datore di lavoro autoassicurato e al Comitato. Qualora decida di rifiutare servizi inclusi nelle Linee guida o servizi di valore pari o superiore a 1.000,00 dollari, l'assicuratore o il datore di lavoro autoassicurato deve inviare il Modulo C-8.1A e fornire la documentazione medica contraddittoria.

QUALSIASI PERSONA CHE, CONSAPEVOLMENTE E CON INTENTO FRAUDOLENTO, PROVOCHI LA COMUNICAZIONE DI QUALSIASI INFORMAZIONE CHE CONTENGA DICHIARAZIONI MATERIALI FALSE O OCCULTI QUALSIASI FATTO MATERIALE, OPPURE LA PREPARI PER COMUNICARLA O AFFINCHÉ SIA COMUNICATA DA UN ASSICURATORE O AUTOASSICURATORE, SARÀ REPUTATA COLPEVOLE DI REATO E SOGGETTA A SANZIONI RILEVANTI E ALLA RECLUSIONE.

Notifica ai sensi della Legge di New York sulla protezione dei dati personali (Legge sui funzionari pubblici, Articolo 6-A) e della Legge federale sulla privacy del 1974 (5 U.S.C. § 552a). L'autorità del Comitato per l'assicurazione infortuni ("Comitato") di richiedere ai lavoratori infortunati di fornire i propri dati personali, incluso il numero di previdenza sociale, è derivata dall'autorità investigativa attribuita al Comitato dalla Legge sull'assicurazione infortuni sul lavoro (WCL) § 20, e dall'autorità amministrativa attribuita da WCL § 142. I dati sono raccolti per consentire al Comitato di indagare e gestire le domande il più rapidamente possibile, e di documentarle in modo accurato. La comunicazione del numero di previdenza sociale (SSN) al Comitato è volontaria. Non sono previste sanzioni per la mancata comunicazione del numero di previdenza sociale: non determina il rifiuto della domanda o la riduzione dei benefici. Il Comitato protegge la riservatezza di tutti i dati personali in suo possesso, e li divulga soltanto per assolvere i propri doveri d'ufficio e in ottemperanza alle leggi statali e federali pertinenti.