

Oświadczenie złożone pod przysięgą dotyczące świadczeń pośmiertnych z  
Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych

<p><b>Jak wypełnić niniejsze Oświadczenie złożone pod przysięgą dotyczące świadczeń pośmiertnych w ramach odszkodowania pracowniczego</b></p> <p>1. Niniejsze oświadczenie złożone pod przysięgą powinna wypełnić osoba ubiegająca się o świadczenia pośmiertne z odszkodowania pracowniczego. <b>Wszyscy wnioskodawcy muszą wypełnić część A, część B oraz część 1.</b> W zależności od stopnia powiązania z osobą zmarłą należy wypełnić następujące części:</p> <p><u>Małżonkowie:</u> Cz. 2 (oraz cz. 3 jeżeli są dzieci). <u>Rodzice lub opiekunowie dzieci:</u> Cz. 3. <u>Rodzice lub dziadkowie na utrzymaniu osoby zmarłej:</u> Cz. 4. <u>Wnuki lub rodzeństwo na utrzymaniu osoby zmarłej:</u> Cz. 5. <u>Rodzice niebędący na utrzymaniu osoby zmarłej:</u> Cz. 6. <u>Prawni przedstawiciele masy spadkowej osoby zmarłej:</u> Cz. 7.</p> <p>2. <b>Należy wypełnić tylko te części, które dotyczą Państwa na podstawie powyższej listy określającej stopień powiązania z osobą zmarłą.</b> Należy skreślić wszystkie części lub punkty, które Państwa nie dotyczą wpisując <b>X</b>.</p> <p>3. Proszę pisać wyraźnie. Na każdej stronie należy wpisać numer ubezpieczenia społecznego osoby zmarłej, a na stronie 3 należy wpisać numer sprawy WBC, jeżeli jest znany.</p> <p>4. Proszę udzielać jak najdokładniejszych odpowiedzi. Po wypełnieniu niniejszego oświadczenia złożonego pod przysięgą, należy je ponownie przeczytać, aby upewnić się co do jego poprawności, ponieważ składa Pan(i) to oświadczenie pod przysięgą. Oszustwo w celu otrzymania odszkodowania pracowniczego jest przestępstwem podlegającym karze grzywny oraz pozbawienia wolności.</p> <p>5. <b>Niniejsze oświadczenie złożone pod przysięgą należy poświadczyć notarialnie.</b> Po wypełnieniu i poświadczeniu notarialnym tego oświadczenia należy je wysłać na adres podany poniżej.</p>	<p><b>Odszkodowania pracownicze — świadczenia pośmiertne</b></p> <p>1. Prawo przewiduje do 12 500 \$ na wydatki za pochówki w południowej części stanu oraz 10 500 \$ w północnej części stanu, w zależności od hrabstwa, w którym koszty zostały poniesione.</p> <p>2. Prawo przewiduje również tygodniowe świadczenia, w kwocie nie przekraczającej maksimum i uzależnione od daty wypadku, dla następujących osób: (a) żyjącego małżonka do czasu ponownego wejścia w związek małżeński, (b) dzieci osoby zmarłej do ukończenia 18 roku życia (do 23 roku życia jeżeli dziecko uczęszcza do akredytowanej placówki edukacyjnej w pełnym wymiarze godzin), i (c) wszystkich dzieci na utrzymaniu osoby zmarłej bez względu na wiek, jeżeli są osobami całkowicie niewidomymi lub całkowicie i trwale upośledzonymi.</p> <p>3. Jeżeli nie ma żyjącego małżonka ani dzieci na utrzymaniu osoby zmarłej, prawo przewiduje tygodniowe świadczenia dla wnuków lub rodzeństwa poniżej 18 roku życia, którzy byli na utrzymaniu osoby zmarłej, lub dla rodziców lub dziadków, którzy byli na utrzymaniu osoby zmarłej w chwili jej zgonu .</p> <p>4. Jeżeli nie ma żadnych osób upoważnionych do tygodniowych świadczeń pośmiertnych, 50 000 \$ może być wypłacone rodzicom osoby zmarłej lub na rzecz masy spadkowej osoby zmarłej, jeżeli rodzice osoby zmarłej nie żyją.</p> <p>5. Jeżeli otrzyma Pan(i) pieniądze gdzie rezultatem była śmierć z przyczyn zaniedbania pracodawcy , prawo daje ubezpieczycielowi możliwość kompensaty lub zastawu na te pieniądze. Prawa zastawu i kompensaty przysługujące ubezpieczycielowi mogą wpłynąć na Pana(-i) możliwość otrzymywania świadczeń w ramach odszkodowania pracowniczego do czasu aż przedmiot zastawu i/lub kompensaty zostanie zaspokojony. Ważnym jest, aby poinformować ubezpieczyciela o obecnym stanie sprawy o spowodowanie śmierci gdzie wynikiem było zaniedbanie pracodawcy oraz otrzymać zgodę ubezpieczyciela przed zawarciem ugody.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Pytania należy kierować do Biura rzecznika praw poszkodowanych pracowników:  
1-800-580-6665.**

**NYS Workers' Compensation Board  
Centralized Mailing  
PO Box 5205  
Binghamton, NY 13902-5205**

**Część A: Wszyscy wnioskodawcy**

**Wszyscy wnioskodawcy** muszą wypełnić tę stronę i poświadczyć niniejszy dokument notarialnie na ostatniej stronie (część B). Niniejsze oświadczenie złożone pod przysięgą i wszystkie załączniki należy przesłać do Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych.

W sprawie wniosku			
_____ , wnioskodawca			
<i>(Pana(-i) imię i nazwisko)</i>			
W związku ze śmiercią			
_____ , osoba zmarła		Nr WCB	_____
<i>(Imię i nazwisko osoby zmarłej)</i>			WCL § 16
przeciwko			
_____ , pracodawcy			
<i>(Nazwa pracodawcy osoby zmarłej w chwili śmierci)</i>			
_____			
<i>(Adres pracodawcy)</i>			

Stan \_\_\_\_\_  
*(Stan, w którym niniejszy dokument został poświadczony notarialnie)*

Hrabstwo \_\_\_\_\_  
*(Hrabstwo, w którym niniejszy dokument został poświadczony notarialnie)*

**Ja, należycie zaprzysiężony(-a), niniejszym składam zeznanie pod przysięgą i oświadczam (odpowiadam na następujące części, w zależności od sytuacji):**

Numer ubezpieczenia społecznego osoby zmarłej: \_\_\_\_\_

Oświadczenie złożone pod przysięgą dotyczące świadczeń pośmiertnych  
z Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych

**Część 1: Wszyscy wnioskodawcy**

Tę część muszą wypełnić **wszyscy wnioskodawcy**. W zależności od sytuacji należy załączyć następujące dokumenty. Proszę zaznaczyć odpowiednie pole, jeżeli dokument został załączony.

- Akt zgonu (wymagany).
- Kopie dokumentów, które pozwolą Komisji ustalić całkowity, tygodniowy dochód brutto z całości zatrudnienia w okresie jednego roku przed śmiercią osoby zmarłej (odcinki wypłaty, formularz W-2, itd.).
- Kopie paragonów lub innych dokumentów dotyczących płatności za wydatki pogrzebowe.
- Kopię zgody ubezpieczyciela na ugodę w sprawie o spowodowanie śmierci w wyniku zaniedbania.

1. Jestem wnioskodawcą. Mieszkam pod adresem \_\_\_\_\_  
(ulica, miasto, stan, kod pocztowy)

Mój numer telefonu \_\_\_\_\_  
(kierunkowy, numer)

Mój numer ubezpieczenia społecznego \_\_\_\_\_  
(wszystkie dziewięć cyfr)

Jestem \_\_\_\_\_ osoby zmarłej.  
(małżonkiem, synem, córką, rodzicem, dziadkiem/babką, bratem, siostrą, wnukiem/wnuczką, przedstawicielem masy spadkowej)

2. Adres pracodawcy wymienionego powyżej \_\_\_\_\_  
(ulica, miasto, stan, kod pocztowy)

3. Data urodzenia osoby zmarłej \_\_\_\_\_  
(miesiąc, dzień, i rok)

Numer ubezpieczenia społecznego osoby zmarłej \_\_\_\_\_  
(wszystkie dziewięć cyfr)

Data śmierci osoby zmarłej \_\_\_\_\_  
(miesiąc, dzień, i rok)

W dniu śmierci osoba zmarła \_\_\_\_\_ zatrudniona przez pracodawcę wymienionego powyżej.  
(była lub nie była)

W dniu \_\_\_\_\_ osoba zmarła była pod \_\_\_\_\_  
(data i godzina śmierci) (ulica, miasto, stan)

i zajmowała się \_\_\_\_\_  
(co robiła osoba zmarła w chwili śmierci)

i zmarła w wyniku \_\_\_\_\_  
(proszę wyjaśnić okoliczności śmierci)

4. Wynagrodzenie brutto osoby zmarłej (łącznie z **nadgodzinami i napiwkami**) z tego zatrudnienia wynosiło \_\_\$,  
(kwota)

a także \_\_\_\_\_ \$ za \_\_\_\_\_, płacone co \_\_\_\_\_  
(kwota) (zakwaterowanie, czynsz, posiłki, itd.) (co tydzień, co dwa tygodnie, itd.)

5. Osoba zmarła \_\_\_\_\_ również zatrudniona w chwili śmierci w \_\_\_\_\_  
(była lub nie była)  
\_\_\_\_\_, mieszącym się przy \_\_\_\_\_  
(nazwa innego pracodawcy, jeżeli dotyczy) (ulica, miasto, stan, oraz kod pocztowy)

Wynagrodzenie brutto (łącznie z **nadgodzinami i napiwkami**) otrzymane z tego zatrudnienia wynosiło \_\_\_\_\_\$.  
(kwota)

a także \_\_\_\_\_ \$ za \_\_\_\_\_, płacone co \_\_\_\_\_  
(kwota) (zakwaterowanie, czynsz, posiłki, itd.) (co tydzień, co dwa tygodnie, itd.)

Numer ubezpieczenia społecznego osoby zmarłej: \_\_\_\_\_

**Oświadczenie złożone pod przysięgą dotyczące świadczeń pośmiertnych  
z Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych**

---

6. Koszty pochówku osoby zmarłej w wysokości \_\_\_\_\_ \$ zostały uregulowane. Wnoszę o zwrot  
(kwota)  
powyższych kosztów przez pracodawcę i/lub ubezpieczyciela.

7. W związku ze śmiercią osoby zmarłej, \_\_\_\_\_  
(zamierzam założyć, założyłem(-am), zawarłem(-am) ugodę w)  
sprawę(-ie) o spowodowanie śmierci w wyniku zaniedbania przeciwko \_\_\_\_\_  
(nazwa/nazwisko strony odpowiedzialnej)

Otrzymałem(-am) \_\_\_\_\_ \$ w rezultacie sprawy o spowodowanie śmierci w \_\_\_\_\_  
(kwota) wyniku zaniedbania (data)

**Część 2: Małżonkowie**

**Tę część powinien wypełnić małżonek** ubiegający się o świadczenia. W zależności od sytuacji należy załączyć następujące dokumenty. Proszę zaznaczyć odpowiednie pole, jeżeli dokument został załączony.

- Kopia aktu ślubu (wymagana).
- Dokumentacja potwierdzająca, że Pana(-i) poprzedni związek małżeński, jeżeli istniał, został rozwiązany.
- Dokumentacja potwierdzająca, że poprzedni związek małżeński osoby zmarłej, jeżeli istniał, został rozwiązany.
- Kopia dokumentu poświadczającego kwotę przyznaną w ramach ubezpieczenia społecznego, jeżeli Pan(i) otrzymuje świadczenia dla pozostającego przy życiu członka rodziny)

8. Jestem żyjącym małżonkiem osoby zmarłej i ubiegam się o świadczenia we własnym imieniu.

9. Moje nazwisko panieńskie \_\_\_\_\_  
(proszę podać nazwisko panięskie, jeżeli dotyczy)

10. Moja data urodzenia \_\_\_\_\_  
(miesiąc, dzień, rok)

11. Poślubiłem(-am) osobę zmarłą \_\_\_\_\_ w \_\_\_\_\_  
(miesiąc, dzień, rok) (miasto i stan)

12. Ja \_\_\_\_\_ w związku małżeńskim zanim poślubiłem(-am) zmarłego.  
(byłem(-lam) lub nie byłem(-lam))

13. Osoba zmarła \_\_\_\_\_ w związku małżeńskim przed \_\_\_\_\_ małżeństwem ze mną.  
(był(-a) lub nie był(-a)) (jego lub jej)

14. W dniu śmierci osoby zmarłej byłem(-am) w związku małżeńskim z osobą zmarłą.

15. W dniu śmierci osoby zmarłej, \_\_\_\_\_ razem i \_\_\_\_\_  
(mieszkaliśmy lub nie mieszkaliśmy) (był(-a) lub nie był(-a))  
prowadzone postępowanie w sprawie o separację w celu rozwiązania małżeństwa.

16. Po śmierci osoby zmarłej \_\_\_\_\_ ponownie w związek małżeński. Data zawarcia  
(wstąpiłem(-am) lub nie wstąpiłem(-am))  
kolejnego związku małżeńskiego to \_\_\_\_\_  
(miesiąc, dzień, rok)

17. Ja \_\_\_\_\_ dzieci z osobą zmarłą.  
(miałem(-lam) lub nie miałem(-lam))

18. Osoba zmarła \_\_\_\_\_ dzieci z inną osobą.  
(miałem(-lam) lub nie miałem(-lam))

Numer ubezpieczenia społecznego osoby zmarłej: \_\_\_\_\_

Oświadczenie złożone pod przysięgą dotyczące świadczeń pośmiertnych  
z Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych

---

**Część 3: Dzieci**

Tę część powinny wypełnić dzieci ubiegające się o świadczenia. Należy załączyć następujące dokumenty, jeżeli dotyczy, oraz zaznaczyć odpowiednie pole.

- Kopie aktów urodzenia lub postanowienia o adopcji (wymagane).
- Dokumenty, które ustanawiają Pana(-ią) jako prawnego opiekuna dzieci osoby zmarłej, jeśli Pan(i) nie jest ich rodzicem.
- Dokumenty poświadczające, że pasierbowie/pasierbice lub nieślubne dzieci osoby zmarłej były na utrzymaniu osoby zmarłej.
- Uwierzytelnione dokumenty z akredytowanej placówki edukacyjnej, które potwierdzają, że każde dziecko w wieku od 18 do 23 roku życia jest zapisane i uczęszcza na zajęcia w pełnym wymiarze godzin.
- Dowód niepełnosprawności lub ślepoty.

19. Ubiegam się o świadczenia z odszkodowania pracowniczego dla następujących dzieci, które były na utrzymaniu osoby zmarłej w chwili śmierci osoby zmarłej.

20. Jako ojciec/matka lub prawny opiekun dzieci wymienionych poniżej, wnoszę, aby uznano mnie za osobę prawnie odpowiedzialną za nie oraz aby przyznane im odszkodowanie wypłacono mi w ich imieniu.

21. Jeżeli zostanę uznany(-a) za osobę prawnie odpowiedzialną za te osoby niepełnoletnie, zgadzam się, co roku lub częściej, jeżeli będzie to wymagane przez przewodniczącego Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych, składać raporty odnośnie wydatków poniesionych z puli odszkodowania beneficjenta dla niepełnoletnich.

22. Jestem rodzicem lub prawnym opiekunem dzieci wymienionych w Tabeli 1 i/lub 2.

*Poniższe tabele dotyczą różnych stopni powiązania z osobą zmarłą i sytuacji życiowych pomiędzy dziećmi na utrzymaniu osoby zmarłej, Panem(-ią), a osobą zmarłą. Proszę wypełnić wszystkie pola, które Państwa dotyczą, pomijając pozostałe. Może istnieć konieczność wypełnienia więcej niż jednej tabeli.*

**Tabela 1. Dzieci, które mieszkały z osobą zmarłą i/lub ze mną. Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania.**

Imię i nazwisko	Stopień powiązania z osobą zmarłą	Stopień powiązania z wnioskodawcą	Data urodzenia	Czy dziecko jest całkowicie niewidome? (T/N)	Czy dziecko posiada trwałą niepełnosprawność? (T/N)	Dziecko mieszkało ze mną (T/N)	Dziecko mieszkało z osobą zmarłą (T/N)

Numer ubezpieczenia społecznego osoby zmarłej: \_\_\_\_\_

Oświadczenie złożone pod przysięgą dotyczące świadczeń pośmiertnych  
z Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych

**Tabela 2. Dzieci, które nie mieszkały ze mną lub z osobą zmarłą. Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania.**

Imię i nazwisko	Stopień powiązania z osobą zmarłą	Adres	Stopień powiązania z wnioskodawcą	Data urodzenia

**23. Tabela 3. Nie jestem prawnym opiekunem** następujących dzieci, jednak na podstawie posiadanych przeze mnie informacji i wiedzy, poniżej znajdują się imiona i nazwiska wszystkich pozostałych dzieci osoby zmarłej:

Imię i nazwisko	Stopień powiązania z osobą zmarłą	Adres	Data urodzenia

**Część 4: Rodzice lub Dziadkowie na utrzymaniu osoby zmarłej**

Tę część powinni wypełnić **rodzice lub dziadkowie będący na utrzymaniu osoby zmarłej**, którzy ubiegają się o świadczenia. Proszę zaznaczyć pole przy załączonych dokumentach:

- Dokumenty, które ustanawiają stopień powiązania pomiędzy Panem(-ią) a osobą zmarłą (wymagane).
- Dokumenty (rozliczenia podatkowe, wyciągi z banku, itd.) pokazujące, że osoba zmarła utrzymywała Pana(-ią) i pokrywała Pana(-i) wydatki (wymagane).
- Nakaz sądowy lub pełnomocnictwo jeżeli Pan(i) jest pełnomocnikiem rodzica lub dziadka/babki na utrzymaniu osoby zmarłej i ubiega się o świadczenia w jego/jej imieniu (jeżeli dotyczy).

24. Zaświadczam, że w chwili śmierci osoba zmarła nie miała żyjącego małżonka ani dzieci poniżej 18 roku życia na swoim utrzymaniu (lub poniżej 23 roku życia jeżeli dziecko jest zapisane do akredytowanej placówki edukacyjnej w pełnym wymiarze godzin) ani nie utrzymywała żadnych całkowicie niewidomych lub całkowicie i trwale niepełnosprawnych dzieci.

25. Osoba zmarła jest moim/moją \_\_\_\_\_  
(synem, córką, wnukiem lub wnuczką)

26. Ja \_\_\_\_\_ z osobą zmarłą w chwili jego/jej śmierci.  
(Mieszkałem(-am) lub Nie mieszkałem(-am))

Numer ubezpieczenia społecznego osoby zmarłej: \_\_\_\_\_

Oświadczenie złożone pod przysięgą dotyczące świadczeń pośmiertnych  
z Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych

---

27. Byłem/Byłam na \_\_\_\_\_ utrzymaniu osoby zmarłej, ponieważ  
(całkowitym lub częściowym)

---

(proszę wyjaśnić, dlaczego Pan(i) był(a) na utrzymaniu osoby zmarłej)

28. W chwili śmierci osoby zmarłej posiadałem(-am) i obecnie posiadam następujące źródła dochodu:

Źródło dochodu (np. zatrudnienie, ubezpieczenie społeczne, itd.)	Otrzymywana kwota	Jak często

29. W chwili śmierci osoby zmarłej co miesiąc ponosiłem(-am) następujące wydatki:

Rodzaj wydatku	Kwota wydatku

30. Osoba zmarła bezpośrednio pokrywała moje poniższe wydatki.

Rodzaj wydatku	Osoba prawnie odpowiedzialna za wydatek	Kwota wydatku	W jaki sposób osoba zmarła pokrywała wydatek

Numer ubezpieczenia społecznego osoby zmarłej: \_\_\_\_\_

Oświadczenie złożone pod przysięgą dotyczące świadczeń pośmiertnych  
z Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych

---

**Część 5: Rodzeństwo lub wnuki na utrzymaniu osoby zmarłej**

Tę część powinno(-)i wypełnić **rodzeństwo lub wnuki na utrzymaniu osoby zmarłej**, którzy ubiegają się o świadczenia. Należy załączyć następujące dokumenty, jeżeli dotyczy, oraz zaznaczyć odpowiednie pole:

- Akty urodzenia wszystkich osób na utrzymaniu osoby zmarłej (wymagane).
- Sądowe postanowienie o adopcji jeżeli osoba na utrzymaniu była adoptowana przez dzieci lub rodziców osoby zmarłej.
- Dokumenty takie jak rozliczenia podatkowe, czekii od osoby zmarłej, wyciągi z banku, itd., które pokazują, że osoba zmarła zapewniała wsparcie osobom na jej utrzymaniu.
- Dokumenty poświadczające, że Pan(i) jest prawnym opiekunem osoby będącej na utrzymaniu (jeżeli nie jest Pan(i) rodzicem).

31. Zaświadczam, że w chwili śmierci osoba zmarła nie miała żyjącego małżonka ani dzieci na swoim utrzymaniu poniżej 18 roku życia (lub poniżej 23 roku życia jeżeli dziecko jest zapisane i uczęszcza do akredytowanej placówki edukacyjnej w pełnym wymiarze godzin) ani żadnych całkowicie niewidomych lub całkowicie i trwale niepełnosprawnych dzieci.

32. Jestem \_\_\_\_\_ wymienionych poniżej osób, które były na utrzymaniu osoby zmarłej:  
(ojcem, matką, prawnym opiekunem)

Imię i nazwisko osoby na utrzymaniu	Stopień powiązania z osobą zmarłą	Stopień powiązania z wnioskodawcą	Data urodzenia	Imię i nazwisko oraz adres osoby, z którą osoba na utrzymaniu teraz mieszka

33. Osoba będąca na utrzymaniu osoby zmarłej \_\_\_\_\_ mieszkała z \_\_\_\_\_  
(Wnuk/Wnuczka, Wnuki, Brat, Bracia, Siostra, Siostry)

\_\_\_\_\_ w chwili śmierci osoby zmarłej pod następującym adresem:  
(osobą zmarłą lub imię i nazwisko jeżeli z kimś innym)

\_\_\_\_\_  
(ulica, miasto, stan, kod pocztowy)

34. Osoba będąca na utrzymaniu osoby zmarłej \_\_\_\_\_ była(-li) utrzymywana(-ni) przez osobę zmarłą, ponieważ \_\_\_\_\_  
(Wnuki, Rodzeństwo)

\_\_\_\_\_  
(proszę wyjaśnić dlaczego byli na utrzymaniu osoby zmarłej)

35. Wnoszę, aby uznano mnie za osobę prawnie odpowiedzialną, abym mógł/mogła otrzymać wypłacalne świadczenia w imieniu wyżej wymienionych wnuków lub rodzeństwa na utrzymaniu osoby zmarłej.

36. Jeżeli zostanę uznany(-a) za osobę prawnie odpowiedzialną za wnuki i/lub rodzeństwo na utrzymaniu, zgadzam się co roku lub częściej, jeżeli będzie to wymagane przez przewodniczącego Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych, składać raporty odnośnie wszelkich wydatków poniesionych z puli odszkodowania beneficjenta dla niepełnoletnich.

Numer ubezpieczenia społecznego osoby zmarłej: \_\_\_\_\_



**Część 6: Rodzice niebędący na utrzymaniu osoby zmarłej**

Tę część powinni wypełnić **rodzice niebędący na utrzymaniu osoby zmarłej**. Należy załączyć akt urodzenia osoby zmarłej. *Uwaga: Świadczenie pośmiertne dla rodziców niebędących na utrzymaniu osoby zmarłej wynosi 50 000 \$, jeżeli rodzice są w związku małżeńskim, lub 50 000 \$ jeżeli żyje tylko jeden z rodziców. Jeżeli rodzice nie pozostają ze sobą w związku małżeńskim, świadczenie wynosi 25 000 \$ dla każdego z nich. Każdy z rodziców musi osobno złożyć swoje zeznanie pod przysięgą.*

37. Zaświadczam, że w chwili śmierci osoba zmarła nie była w związku małżeńskim, nie miała na swoim utrzymaniu żadnych dzieci poniżej 23 roku życia, żadnych niewidomych dzieci ani żadnych dzieci niepełnosprawnych fizycznie, żadnych wnuków, braci, ani siostr poniżej 23 roku życia, ani żadnych niewidomych lub niepełnosprawnych fizycznie wnuków, braci, ani siostr.

38. Jako żyjący(-a) i niebędący(-a) na utrzymaniu osoby zmarłej \_\_\_\_\_ osoby zmarłej  
(matka, ojciec lub matka i ojciec)

w chwili jego/jej śmierci, \_\_\_\_\_, aby suma \_\_\_\_\_ została wypłacona  
(wnoszę lub wnosimy) (25 000 \$ lub 50 000 \$)

\_\_\_\_\_ zgodnie z poniższym.  
(mi lub nam)

---

(imię/imiona i nazwisko(-a))

---

(ulica, miasto, stan i kod pocztowy miejsca zamieszkania)

---

(numer telefonu łącznie z kierunkowym)

Numer ubezpieczenia społecznego osoby zmarłej: \_\_\_\_\_

**Część 7: Prawni przedstawiciele masy spadkowej osoby zmarłej**

Tę część powinni wypełnić **prawni przedstawiciele** masy spadkowej osoby zmarłej. Należy załączyć następujące dokumenty, jeżeli dotyczy, oraz zaznaczyć odpowiednie pole.

- Dokumenty poświadczające upoważnienie do pełnienia roli pełnomocnika masy spadkowej osoby zmarłej, takie jak orzeczenie upoważniające wykonawcę testamentu do działania lub orzeczenie o podziale spadku (wymagane).
- Kopie aktów zgonu rodziców osoby zmarłej.
- Dokumenty takie jak rozliczenia podatkowe, czek, wyciągi z banku, itd., poświadczające, że osoba zmarła utrzymywała Pana(-ią) i opłacała Pana(-i) wydatki.
- Akt urodzenia osoby zmarłej.

39. Zaświadczam, że w chwili śmierci osoba zmarła nie była w związku małżeńskim, nie miała żadnych dzieci poniżej 23 roku życia, ani nie miała na swoim utrzymaniu żadnych niewidomych dzieci ani żadnych dzieci niepełnosprawnych fizycznie, żadnych wnuków, rodzeństwa poniżej 23 roku życia, żadnych żyjących rodziców, ani żadnych niewidomych lub niepełnosprawnych fizycznie wnuków ani rodzeństwa.

Jestem prawnym przedstawicielem masy spadkowej osoby zmarłej.

W chwili śmierci osoba zmarła nie była w związku małżeńskim, nie miała żadnych dzieci poniżej 23 roku życia, ani nie miała na swoim utrzymaniu żadnych niewidomych dzieci ani żadnych dzieci niepełnosprawnych fizycznie, żadnych wnuków, braci, ani sióstr poniżej 23 roku życia, ani żadnych niewidomych lub niepełnosprawnych fizycznie wnuków, braci, ani sióstr.

40. Matką osoby zmarłej była \_\_\_\_\_, która zmarła \_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko) (miesiąc, dzień, i rok)

41. Ojcem osoby zmarłej był \_\_\_\_\_, która zmarła \_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko) (miesiąc, dzień, i rok)

42. Nazywam się \_\_\_\_\_ Mój adres \_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko) (ulica, miasto, stan, oraz kod pocztowy)

\_\_\_\_\_  
(ulica, miasto, stan, oraz kod pocztowy)

mój numer telefonu \_\_\_\_\_  
(numer telefonu razem z kierunkowym)

43. Niniejszym wnoszę, aby kwota 50 000 \$ została wypłacona pod moją opiekę (imię i nazwisko poniżej) na poczet masy spadkowej osoby zmarłej.

Numer ubezpieczenia społecznego osoby zmarłej: \_\_\_\_\_

**Część B: Wszyscy wnioskodawcy**

**Wszyscy wnioskodawcy** muszą wypełnić tę część oraz poświadczyć ją notarialnie. Niniejsze oświadczenie pod przysięgą razem ze wszystkimi załącznikami należy wysłać pocztą do Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych.

Składając podpis poniżej, niniejszym przysięgam, że stwierdzenia zawarte w niniejszym dokumencie są zgodne z prawdą. Niniejsze oświadczenie pod przysięgą składam pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Przysięgam też, że rozumiem, że prawo przewiduje kary za umyślne składanie fałszywych oświadczeń w związku z roszczeniem o odszkodowanie z tytułu ubezpieczenia.

---

Podpis (tylko odręczny — proszę użyć długopisu kulkowego o kolorze niebieskim, jeżeli to możliwe)

Zaprzysiężone przede mną \_\_\_\_\_

dnia \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_

---

Notariusz

Numer ubezpieczenia społecznego osoby zmarłej: \_\_\_\_\_