



NOTIFICA E PROVA DELLA RICHIESTA PER SUSSIDI D'INVALIDITÀ

Leggere con attenzione le istruzioni a pagina 2 per evitare ritardi nell'elaborazione. Rispondere a tutte le domande della Parte A e alle domande da 1 a 3 della Parte B. I fornitori di assistenza sanitaria devono compilare la Parte B a pagina 2.

PARTE A - INFORMAZIONI DEL(LA) RICHIEDENTE (scrivere a macchina o in stampatello)

- 1. Cognome: Nome: Iniziale 2° nome:
2. Indirizzo postale (via e app. n.): Città: Stato: Codice postale:
3. N. telefonico a cui essere contattati: Indirizzo email:
4. N. di previdenza sociale: 5. Data di nascita: 6. Sesso:
7. Fornisca una descrizione della sua invalidità...
8. Data in cui è divenuto/a invalido/a: Ha lavorato quel giorno?: È guarito/a da detta invalidità?: Da quel momento ha svolto attività lavorative retribuite?:
9. Nome dell'ultimo datore di lavoro prima dell'invalidità.

Table with 5 columns: Ultimo datore di lavoro prima dell'invalidità (Ragione o denominazione sociale, Indirizzo, Numero di telefono), Periodo del rapporto lavorativo (Primo giorno, Ultimo giorno di lavoro), and Retribuzione settimanale media.

- 10. Il mio lavoro è o era: Professione 11. Membro di un sindacato: Nome del sindacato o numero locale
12. Aveva richiesto o stava percependo sussidi di disoccupazione prima di detta invalidità? Se non aveva richiesto o se aveva richiesto ma non percepiva sussidi di disoccupazione dopo L'ULTIMO GIORNO DI LAVORO, ne spieghi in maniera esauriente i motivi:
Se percepiva sussidi di disoccupazione, indichi tutti i periodi in cui ne ha usufruito:

- 13. Per il periodo di invalidità coperto dalla presente richiesta:
A. Sta percependo stipendi, salari o indennità di fine rapporto?
B. Sta percependo o ha richiesto:
1. Sussidi di disoccupazione? 2. Un congedo parentale retribuito?
3. Un indennizzo per una invalidità collegata a un infortunio sul lavoro?
4. Un indennizzo per sinistro stradale "no-fault"?
5. Sussidi di invalidità ai sensi della Federal Social Security Act per l'attuale invalidità?

SE SPUNTA LA CASELLA "SÌ" PER UNA DELLE VOCI AL PUNTO 13, COMPILI QUANTO SEGUE:

- Ho: percepito da richiesto a: per il periodo dal: al:
14. Nel corso dell'anno (52 settimane) precedente all'inizio della sua invalidità, ha percepito sussidi relativi ad altri periodi di invalidità?
15. Nel corso dell'anno (52 settimane) precedente all'inizio della sua invalidità, ha percepito un congedo parentale retribuito?
16. Se è divenuto/a invalido/a durante un rapporto lavorativo o entro quattro settimane dal suo ultimo giorno di lavoro, il suo datore ha provveduto a informarla sui suoi diritti ai sensi della Disability Law entro 5 giorni dalla notifica o dalla richiesta da parte sua dei moduli relativi all'invalidità?

Con la presente richiedo i sussidi di invalidità e certifico di essere stato/a invalido/a per il periodo coperto dalla presente richiesta. Ho letto le istruzioni riportate a pagina 2 del presente modulo e confermo l'autenticità e la completezza delle dichiarazioni suesposte, incluse eventuali dichiarazioni allegate, per quanto a mia conoscenza.

Firma del(la) richiedente

Data

È ammissibile la firma di un'altra persona per conto del(la) richiedente soltanto nel caso in cui tale persona sia legalmente autorizzata e il/la richiedente sia minorenne, mentalmente incapace o impossibilitato/a. Se non è il/la richiedente a firmare, compilare le informazioni sottostanti e presentare il modulo Form OC-110A, "Claimant's Authorization to Disclose Workers' Compensation Records" (Autorizzazione dei richiedenti alla divulgazione dei documenti relativi all'indennizzo per infortuni sul lavoro).

Per conto del(la) richiedente

Indirizzo

Rapporto esistente con il/la richiedente

PARTE B - DICHIARAZIONE DEL FORNITORE DI ASSISTENZA SANITARIA (scrivere a macchina o in stampatello)

LA DICHIARAZIONE DEL FORNITORE DI ASSISTENZA SANITARIA DEVE ESSERE COMPILATA IN TUTTE LE SUE PARTI. IL FORNITORE DI ASSISTENZA SANITARIA RESPONSABILE DEVE COMPILARE IL PRESENTE MODULO E RESTITUIRLO AL(LA) RICHIEDENTE ENTRO SETTE (7) GIORNI DALLA SUA RICEZIONE. Alla voce 7-d, è necessario fornire la data presunta. Se l'invalidità è causata da una gravidanza o emerge in relazione a essa, inserire la data presunta del parto alla voce 7-e. **RISPOSTE INCOMPLETE POSSONO RITARDARE L'EROGAZIONE DEI SUSSIDI.**

1. Cognome: _____ Nome: _____ Iniziale secondo nome: _____

2. Sesso: Maschio Femmina 3. Data di nascita: ____/____/____

4. Diagnosi/Analisi: _____ Codice diagnosi: _____

a. Sintomi del(la) richiedente: _____

b. Riscontri oggettivi: _____

5. Il/la richiedente è stato ricoverato/a?: Sì No Dal: ____/____/____ al: ____/____/____

6. È stato consigliato un intervento?: Sì No a. Tipo _____ b. Data ____/____/____

7. INSERIRE LE DATE PER LE SEGUENTI VOCI	MESE	GIORNO	ANNO
a. Data del primo trattamento per la presente invalidità			
b. Data del trattamento più recente per la presente invalidità			
c. Data da cui il/la richiedente non è stato/a in grado di lavorare a causa della presente invalidità			
d. Data da cui il/la richiedente sarà di nuovo in grado di lavorare (anche se esiste un notevole dubbio, stimare una data. Evitare l'uso di termini come "ignota" o "indeterminata".)			
e. Se correlata alla gravidanza, spuntare la casella corrispondente e inserire la data <input type="checkbox"/> data presunta del parto OPPURE <input type="checkbox"/> data effettiva del parto			

8. Secondo lei, la presente invalidità è il risultato di una lesione derivante dal lavoro svolto e nel corso del rapporto lavorativo oppure da malattie professionali?:

Sì No Se "Sì", è stato presentato alla WCB il modulo Form C-4? Sì No

Certifico di essere un(a):

(Medico, chiropratico, dentista, podologo, psicologo, infermiere-ostetrico)

Autorizzato/a o abilitato/a nello Stato di _____

N. della licenza _____

Nome in stampatello del fornitore di assistenza sanitaria _____

Firma del fornitore di assistenza sanitaria _____

Data _____

Indirizzo del fornitore di assistenza sanitaria _____

N. di telefono _____

AVVISO IMPORTANTE AL(LA) RICHIEDENTE - LEGGERE CON ATTENZIONE LE PRESENTI ISTRUZIONI

N.B.: la data di presentazione riportata sul presente modulo non deve essere anteriore al primo giorno della sua invalidità. Al fine di elaborare la sua richiesta, devono essere completate sia la Parte A che la Parte B.

1. Qualora stia utilizzando il presente modulo perché è divenuto/a invalido/a **durante un rapporto lavorativo** o entro quattro (4) settimane dalla cessazione di un rapporto lavorativo, deve spedire la sua richiesta compilata al suo datore di lavoro o alla compagnia assicurativa del suo ultimo datore di lavoro entro trenta (30) giorni dal primo giorno della sua invalidità. Può trovare la compagnia assicurativa del suo datore di lavoro sul sito della Workers' Compensation Board, www.wcb.ny.gov, utilizzando lo strumento Employer Coverage Search (Ricerca della copertura del datore di lavoro).

2. Qualora stia utilizzando il presente modulo perché è divenuto/a invalido/a **dopo un periodo di disoccupazione di oltre quattro (4) settimane**, DEVE spedire la sua richiesta compilata a: **Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029**. Se ha risposto "Sì" alla domanda 13.B.3, compili e alleggi il modulo Form DB-450.1.

Qualora non ricevesse una risposta entro 45 giorni, o in caso di domande sulla sua richiesta per sussidi di invalidità, contatti la compagnia assicurativa del suo datore di lavoro. Per informazioni generali sui sussidi di invalidità, visiti il sito www.wcb.ny.gov o contatti il Disability Benefits Bureau (Ufficio per i sussidi di invalidità) della WCB al numero (877) 632-4996.

Notifica ai sensi della New York Personal Privacy Protection Law (Public Officers Law Article 6-A) e della Federal Privacy Act of 1974 (5 U.S.C. § 552a). L'autorità della Workers' Compensation Board ("WCB") di esigere i dati personali, incluso il numero di previdenza sociale, dei richiedenti è derivata dall'autorità investigativa attribuita alla WCB dalla Workers' Compensation Law (WCL) § 20, e dall'autorità amministrativa attribuita dalla WCL § 142. I dati sono raccolti per consentire alla WCB di indagare e gestire le richieste il più rapidamente possibile, e di documentarle in modo accurato. La comunicazione del numero di previdenza sociale (SSN) alla WCB è volontaria. Non sono previste sanzioni per la mancata comunicazione del numero di previdenza sociale, né ciò determina il rifiuto della richiesta o la riduzione dei sussidi. La WCB protegge la riservatezza di tutti i dati personali in proprio possesso e li divulga soltanto per assolvere ai propri doveri d'ufficio e in ottemperanza alle leggi statali e federali vigenti.

INFORMATIVA HIPAA - Al fine di pronunciarsi su una richiesta di indennizzo per infortuni sul lavoro o su una richiesta per sussidi di invalidità, la WCL 13-a(4)(a) e la normativa 12 NYCRR 325-1.3 richiedono ai fornitori di assistenza sanitaria di presentare regolarmente referti medici alla WCB e alla compagnia assicurativa o al datore di lavoro. Ai sensi della normativa 45 CFR 164.512 tali referti medici legalmente richiesti sono esenti dalle limitazioni dell'informativa HIPAA sulla divulgazione delle informazioni sanitarie.

Divulgazione delle informazioni: La WCB non condividerà le informazioni relative alla sua pratica con terzi non autorizzati senza il suo consenso. Qualora decidesse di condividere tali informazioni con terzi non autorizzati, dovrà presentare alla WCB un modulo Form OC-110A, "Claimant's Authorization to Disclose Workers' Compensation Records" (Autorizzazione dei richiedenti alla divulgazione dei documenti relativi all'indennizzo per infortuni sul lavoro) con firma olografa. Il suddetto modulo è disponibile sul sito della WCB (www.wcb.ny.gov) cliccando sul link "Forms" (Modulistica). Se non dispone di un accesso a internet, chiami il numero (877) 632-4996 oppure visiti il nostro Centro Servizi Clienti più vicino a lei per ottenere una copia del modulo. Al posto del modulo Form OC-110A, può anche presentare una lettera di autorizzazione autenticata con firma olografa.

Un datore di lavoro o un assicuratore, oppure un qualsiasi dipendente, agente o persona che agisca per conto di un datore di lavoro o di un assicuratore, che RENDA INTENZIONALMENTE FALSE DICHIARAZIONI O TESTIMONIANZE in merito a un fatto materiale nel corso della presentazione, dell'indagine o dell'adeguamento di una richiesta per qualsiasi sussidio o pagamento a norma del presente capo allo scopo di evitare l'erogazione di detto pagamento o sussidio, SARÀ RICONOSCIUTO COLPEVOLE DI UN REATO E SOGGETTO A COSPICUE SANZIONI E PENE DETENTIVE.