

Oświadczenie dotyczące świadczeń pośmiertnych z Komisji ds.
Odszkodowań Pracowniczych NYS

Jak wypełnić niniejsze oświadczenie dotyczące świadczeń pośmiertnych w ramach odszkodowania pracowniczego	Odszkodowania pracownicze — świadczenia pośmiertne
<p>1. Niniejsze oświadczenie powinna wypełnić osoba ubiegająca się o świadczenia pośmiertne z odszkodowania pracowniczego. Wszyscy wnioskodawcy muszą wypełnić część A, część B oraz część 1. W zależności od stopnia powiązania z osobą zmarłą należy wypełnić następujące części: <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. Należy wypełnić tylko te części, które dotyczą Państwa na podstawie powyższej listy określającej stopień powiązania z osobą zmarłą. Należy skreślić wszystkie części lub punkty, które Państwa nie dotyczą wpisując X.</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. Należy udzielać jak najbardziej dokładnych odpowiedzi. Po wypełnieniu niniejszego oświadczenia, należy je ponownie przeczytać, aby upewnić się co do jego poprawności, ponieważ jest to oświadczenie zaprzysiężone. Oszustwo w celu otrzymania odszkodowania pracowniczego jest przestępstwem podlegającym karze grzywny oraz pozbawienia wolności.</p> <p>5. Wypełnione i podpisane oświadczenie wraz ze wszystkimi załącznikami należy wysłać do Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych na adres podany poniżej.</p>	<p>1. Prawo przewiduje do 12 500 \$ na wydatki za pochówek 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 otrzymają Państwo pieniądze w wyniku postępowania o spowodowanie śmierci wynikłej z zaniedbania pracodawcy, prawo daje ubezpieczycielowi możliwość zajęcia tych funduszy w formie zastawu lub zaliczenia. Prawa zastawu i zaliczenia przysługujące ubezpieczycielowi mogą wpłynąć na Państwa możliwość otrzymywania świadczeń w ramach odszkodowania pracowniczego do czasu zaspokojenia przedmiotu zastawu i/lub zaliczenia. 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**

Adres e-mail do składania oświadczeń pocztą elektroniczną: wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov

Część A: Wszyscy wnioskodawcy

Wszyscy wnioskodawcy muszą wypełnić tę stronę i wysłać niniejsze oświadczenie wraz z załącznikami do Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych.

W sprawie wniosku

_____, **wnioskodawca**
(Imię i nazwisko wnioskodawcy)

W związku ze śmiercią

_____, **osoba zmarła**
(Imię i nazwisko osoby zmarłej)
przeciwko

OŚWIADCZENIE

Nr WCB _____

WCL § 16

_____, **pracodawcy**
(Nazwa pracodawcy osoby zmarłej w chwili śmierci)

(Adres pracodawcy)

Numer ubezpieczenia społecznego osoby zmarłej: _____

Oświadczenie dotyczące świadczeń pośmiertnych z Komisji ds.
Odszkodowań Pracowniczych NYS

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)

_____, mieszczącym 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 dotyczące świadczeń pośmiertnych z Komisji ds.
Odszkodowań Pracowniczych NYS

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) (data)
wyniku zaniedbania.

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 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 socjalnego w przypadku otrzymywania świadczeń dla pozostałego 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 panieńskie, 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))

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 dotyczące świadczeń pośmiertnych z Komisji ds.
Odszkodowań Pracowniczych NYS

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 Państwa jako prawnych opiekunów dzieci osoby zmarłej, jeśli nie są Państwo 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, Państwa, 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 dotyczące świadczeń pośmiertnych z Komisji ds.
Odszkodowań Pracowniczych NYS

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 Państwem, a osobą zmarłą (wymagane).
- Dokumenty (rozliczenia podatkowe, wyciągi z banku itd.) potwierdzające, że osoba zmarła utrzymywała Państwa i pokrywała Państwa wydatki (wymagane).
- Nakaz sądowy w przypadku osoby będącej pełnomocnikiem rodzica lub dziadka/babki pozostających na utrzymaniu osoby zmarłej i ubiegania 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 dotyczące świadczeń pośmiertnych z Komisji ds.
Odszkodowań Pracowniczych NYS

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

(proszę wyjaśnić, dlaczego byli Państwo 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 dotyczące świadczeń pośmiertnych z Komisji ds.
Odszkodowań Pracowniczych NYS

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, czek od osoby zmarłej, wyciągi z banku, itd., które pokazują, że osoba zmarła zapewniała wsparcie osobom na jej utrzymaniu.
- Dokumenty poświadczające sprawowanie opieki nad osobą będącą na utrzymaniu (w przypadku osób, które nie są rodzicami tej osoby).

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 są małżeństwem, kwota świadczenia wynosi \$25 000 dla każdego z rodziców, a każde z nich musi złożyć osobne oświadczenie.*

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 Państwa i opłacała Państwa 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 stronę. Oświadczenie wraz z załącznikami należy wysłać do Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych.

Składając poniżej swój podpis oświadczam, iż dnia _____, 20_____, mając świadomość przewidzianej przepisami prawa stanu Nowy Jork kary za składanie fałszywych oświadczeń, w tym kary więzienia, potwierdzam prawdziwość poniższych oświadczeń i rozumiem, że ten dokument może zostać złożony w sądzie w ramach postępowania przed sądem. Rozumiem ponadto, iż prawo przewiduje kary za świadome składanie fałszywych oświadczeń w związku z roszczeniem ubezpieczeniowym.

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

Numer ubezpieczenia społecznego osoby zmarłej: _____