



Modulo per i dati professionali

Stato di New York - Workers' Compensation Board

Prima di completare il modulo, si consiglia di rivolgersi ad un rappresentante legale. Si può anche chiamare il numero 1-800-580-6665 e chiedere di parlare con un responsabile dell'Advocate for Injured Workers della Workers' Compensation Board. Please answer all questions completely. Allegare pagine aggiuntive se necessario.

A. Informazioni personali

Nome: _____ N. Pratica WBC (se noto) _____
Nome di battesimo Cognome Iniziali secondo nome

Indirizzo: _____
Via e numero civico Città Stato CAP

Data di nascita: _____ N. di previdenza sociale: _____ Data dell'infortunio/invalidità: _____

B. Istruzione (selezionare il livello più alto di istruzione raggiunto)

Inferiore alla scuola superiore Diploma di scuola superiore o altro diploma equipollente Università Laurea

Paese in cui si è conseguito il livello più alto di istruzione: Stati Uniti Altro (specificare) _____

Ha usufruito di qualche corso di formazione lavorativa specializzata o sottoscritto un contratto di apprendistato? Sì No

Se sì, specificare il tipo di formazione: _____

Data di completamento: _____ Certificazione/licenza ottenuta: _____

Data/e di scadenza della certificazione/licenza: _____

Ha servito nell'esercito americano? Sì No Divisione: _____ Periodo: _____

Formazione specializzata durante il servizio presso l'esercito americano: _____

Elencare qualsiasi tipo di formazione aggiuntiva: Includere il nome della scuola/programma, le date di formazione e qualsiasi diploma o certificato ottenuto.

C. Esperienza lavorativa

Elencare tutte le qualifiche professionali ricoperte negli ultimi 10 anni (ad esempio magazziniere, cuoco), ordinandole dalla più recente. Allegare fogli aggiuntivi se necessario.

Qualifica professionale: _____

Mansioni lavorative: _____

Durata del periodo lavorativo (in anni): _____

Qualifica professionale: _____

Mansioni lavorative: _____

Durata del periodo lavorativo (in anni): _____

Qualifica professionale: _____

Mansioni lavorative: _____

Durata del periodo lavorativo (in anni): _____

D. Conoscenza e uso della lingua inglese

Selezionare il livello di abilità nel: Parlare Buono Sufficiente Insufficiente

Leggere Buono Sufficiente Insufficiente

Scrivere Buono Sufficiente Insufficiente

Le informazioni fornite sono veritiere e corrette per quanto in mia conoscenza e fede. Il modulo è firmato sotto pena di spergiuro.

Firma del richiedente: _____

Nome del richiedente (si prega di scrivere chiaramente): _____

Data: _____

Istruzioni per la compilazione del modulo VDF-1 "Perdita della capacità di guadagno del salario - Modulo per i dati professionali"

Si prega di rispondere in maniera completa a tutte le domande. Allegare pagine aggiuntive se necessario. Inviare il presente modulo alla Workers' Compensation Board, all'indirizzo fornito di seguito. Prima di completare il modulo, si consiglia di rivolgersi ad un rappresentante legale. Si può anche chiamare il numero 1-800-580-6665 e chiedere di parlare con un responsabile dell'Advocate for Injured Workers della Workers' Compensation Board. Le informazioni contenute in questo modulo verranno usate per stimare la perdita delle capacità di guadagno del salario.

Nel caso in cui non si disponga o non si conosca il numero di pratica della Workers' Compensation Board, lasciare questo campo in bianco. Non è necessario per elaborare la richiesta. Assicurarsi di inserire il proprio nome e la data dell'infortunio o della malattia.

Sezione A - Informazioni personali:

- Inserire il nome per esteso. Includere nome di battesimo, iniziali del secondo nome e cognome.
- Inserire il proprio numero di pratica della Workers' Compensation Board, se noto.
- Inserire il proprio indirizzo postale. Includere il numero di casella postale, se applicabile, la città o la località, lo Stato e il codice di avviamento postale (CAP).
- Inserire la data di nascita.
- Inserire il numero di previdenza sociale. Questo numero è importante per poter prendere più velocemente in esame la richiesta.
- Inserire la data dell'infortunio.

Sezione B - Istruzione:

- Barrare la casella corrispondente al livello massimo di istruzione raggiunto.
- Barrare "Sì" se si è terminato un periodo di tirocinio formativo specializzato. Barrare "No" in caso contrario. Se la risposta è "Sì", elencare la tipologia di formazione e tirocinio. Indicare la data di completamento del periodo di formazione o tirocinio. Elencare le eventuali certificazioni o licenze ottenute e le rispettive date di scadenza.
- Barrare "Sì" se si è servito nell'esercito americano. Barrare "No" in caso contrario. Se la risposta alla domanda è "Sì", specificare in quale divisione dell'esercito. Inserire le date del periodo di servizio. Elencare qualsiasi formazione professionale e/o specializzata ricevuta.
- Se si è portato a termine un qualsiasi tipo di formazione non elencata precedentemente, specificarne la tipologia. Specificare qualsiasi diploma o certificato posseduto.

Sezione C - Esperienza lavorativa:

- Elencare la qualifica professionale più recente (ad esempio magazziniere, cuoco). Se si è svolto detto lavoro per più di un datore di lavoro, specificarlo solo una volta.
- Elencare le tipiche attività lavorative e mansioni svolte.
- Specificare la durata di questo lavoro.

Sezione D - Conoscenza e uso della lingua inglese:

- Indicare il livello di conoscenza e uso della lingua inglese.

Da presentare firmato e in copia originale alla Workers' Compensation Board e conservarne una copia a propri fini informativi.

Un potenziale datore di lavoro non può richiedere che si rendano pubblici i documenti riguardanti i propri infortuni sul lavoro. Si veda l'articolo 110-a della Workers' Compensation Law.

COME PRESENTARE IL MODULO

I referti devono essere inviati direttamente alla Workers' Compensation Board, all'indirizzo indicato di seguito. Una copia deve essere inviata alla compagnia assicurativa. I referti possono essere inviati alla Workers' Compensation Board anche via fax al numero 1-877-533-0337, valido su tutto il territorio dello Stato. Nel caso in cui si alleghino documenti aggiuntivi, immettere il numero della pratica della Workers' Compensation Board (N. WCB) in ogni pagina.

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