



Numero pratica WCB (se noto): _____

Al Richiedente: Compili questo modulo se è già stato curato per altro infortunio alla stessa parte del corpo o per malattia simile a quella descritta nell'attuale richiesta di indennizzo. Il modulo autorizza il professionista/struttura sanitaria da Lei indicato a divulgare alla compagnia assicurativa per gli infortuni del Suo datore di lavoro informazioni di carattere sanitario relative ai Suoi precedenti infortuni/malattie. La legge federale HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act del 1996) prevede il rilascio di una copia del presente modulo anche a Lei. Se non riesce a comprendere appieno i contenuti del modulo La invitiamo a rivolgersi al suo consulente legale. Qualora non disponesse di un consulente legale, potrà rivolgersi alla Advocate for Injured Workers della Workers' Compensation Board. Telefonare al numero: 800-580-6665.

Al professionista/struttura sanitaria: La **copia** del documento di rilascio conforme alla legge HIPAA La autorizza a divulgare informazioni di carattere sanitario. Nel caso di invio dei referti alla compagnia assicurativa del datore di lavoro in risposta alla presente richiesta, sarà necessario inviare le copie anche al consulente legale del Richiedente. (Se non viene indicato alcun consulente legale, inviare le copie direttamente al Richiedente.) Il professionista/struttura sanitaria che rilascia i referti dovrà attenersi alle disposizioni vigenti in materia stabilite dallo Stato di New York e dalla legge federale HIPAA.

La presente richiesta è:

- **Volontaria.** Il professionista/struttura sanitaria che La ha in carico dovrà garantirLe lo stesso grado di assistenza, termini di pagamento e livello di indennità indipendentemente dalla Sua sottoscrizione del presente modulo.
- **Parziale.** Si autorizza il professionista/struttura sanitaria a divulgare soltanto i referti medici relativi ai precedenti stati di malattia di seguito riportati.
- **Temporanea.** Non sarà più valida a seguito di approvazione o rifiuto della Sua attuale richiesta di indennizzo e una volta conclusi tutti i ricorsi.
- **Revocabile.** È possibile annullare la richiesta in qualsiasi momento. Per annullarla, basterà inviare una lettera a tutti i professionisti/strutture sanitarie elencate nel modulo. Inoltre, sarà necessario inviare copia della lettera per presa visione anche alla compagnia assicurativa per gli infortuni del proprio datore di lavoro e alla Workers' Compensation Board. *Nota: Non è possibile annullare la richiesta per i referti medici già presentati.*
- **A soli fini informativi.** Autorizza tutti i professionisti/strutture sanitarie elencate nel modulo a inviare copia dei Suoi referti sanitari alla compagnia assicurativa per gli infortuni del Suo datore di lavoro.

Il modulo NON autorizza i professionisti/strutture sanitarie a divulgare i seguenti tipi di informazione:

- **Informazioni relative all'HIV**
- **Documentazione relativa a trattamenti di psicoterapia**
- **Trattamento per problemi di alcol/droga**
- **Trattamento di Salute Mentale** (se non diversamente indicato di seguito)
- **Informazioni confidenziali** (i professionisti/strutture sanitarie non possono divulgare a voce alcun tipo di informazione sanitaria che La riguarda)

Tutti i referti medici rilasciati saranno quindi aggiunti alla documentazione relativa agli infortuni sul lavoro e tenuti riservati secondo quanto stabilito dalla Workers' Compensation Law.

A. INFORMAZIONI PERSONALI (Richiedente)

1. Nome: _____
2. Numero di previdenza sociale: _____ - _____ - _____
3. Indirizzo postale: _____
4. Data di nascita: ____/____/____
5. Data dell'attuale infortunio/inizio malattia: ____/____/____
6. Attuale infortunio/malattia, incluse le parti del corpo interessate: _____

7. Nome e indirizzo del Suo consulente legale (se presente): _____

*Barrare questa voce se si è data autorizzazione al professionista/struttura sanitaria di rilasciare informazioni relative al Suo stato di **salute mentale**.*

B. INFORMAZIONI SUL PROFESSIONISTA/STRUTTURA SANITARIA (Elencare tutti i professionisti/strutture che Le hanno prestato servizio di assistenza sanitaria per precedenti infortuni alle stesse parti del corpo o per malattie simili. Se più di 2 professionisti/strutture sanitarie, allegare i relativi dati al modulo.)

1. Professionista/Struttura sanitaria: _____
2. Numero di telefono: (____) _____
3. Indirizzo postale: _____
4. Altro professionista/struttura sanitaria (se presente): _____
5. Numero di telefono: (____) _____
6. Indirizzo postale: _____

C. FIRMA PER ACCETTAZIONE.

Io, sottoscritto, con la presente richiedo che il suddetto professionista/struttura sanitaria invii alla compagnia assicurativa del mio datore di lavoro copia di tutti i referti medici relativi ai miei precedenti infortuni/malattie e alle parti del corpo interessate di cui sopra.

Firma del Richiedente (solo inchiostro – utilizzare preferibilmente penna a sfera blu)

Data

Qualora il Richiedente non sia in grado di apporre la propria firma, sarà necessario far compilare il seguente modulo e sottoscrivere la richiesta dalla persona autorizzata:

Nome

Natura del legame con il Richiedente

Firma (solo inchiostro – utilizzare preferibilmente penna a sfera blu.)

Data