

COMUNICAZIONE E RICHIESTA DI INDENNITÀ DI INVALIDITÀ

RICHIEDENTE: LEGGERE ATTENTAMENTE LE ISTRUZIONI DI SEGUITO RIPORTATE

1. UTILIZZARE QUESTO MODULO QUALORA LA MALATTIA O L'INVALIDITÀ SI VERIFICHI DURANTE IL PERIODO DI ASSUNZIONE O ENTRO QUATTRO (4) SETTIMANE DAL TERMINE DELL'IMPIEGO. UTILIZZARE IL MODULO DI RICHIESTA DB-300 IN CASO DI MALATTIA O INVALIDITÀ VERIFICATE DOPO UN PERIODO DI DISOCCUPAZIONE SUPERIORE A QUATTRO (4) SETTIMANE.
2. COMPILARE TUTTI I PUNTI DELLA SEZIONE A - "DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE". CONTROLLARE L'ACCURATEZZA DEI DATI INSERITI E DI TUTTE LE DATE.
3. VERIFICARE DI AVER INDICATO LA DATA E DI AVER FIRMATO LA RICHIESTA (CFR. PUNTO 12). UN RAPPRESENTANTE PUÒ FIRMARE IL PRESENTE MODULO DI RICHIESTA QUALORA NON SIA POSSIBILE FARLO PERSONALMENTE. IN TAL CASO, IL RAPPRESENTANTE DOVRÀ INDICARE SOTTO LA FIRMA IL PROPRIO NOME, INDIRIZZO E IL TIPO DI RAPPORTO CHE INTERCORRE CON IL RICHIEDENTE.
4. INVIARE LA PRESENTE RICHIESTA SOLO DOPO CHE IL PROPRIO FORNITORE DI ASSISTENZA SANITARIA HA COMPILATO E FIRMATO LA SEZIONE B - "DICHIARAZIONE DEL FORNITORE DI ASSISTENZA SANITARIA".
5. INVIARE LA RICHIESTA COMPILATA IN TUTTE LE SUE PARTI ENTRO TRENTA (30) GIORNI DALLA MALATTIA O INVALIDITÀ ALL'ULTIMO DATORE DI LAVORO O ALLA COMPAGNIA ASSICURATIVA DELL'ULTIMO DATORE DI LAVORO.
6. SI CONSIGLIA DI FARE UNA COPIA DELLA PRESENTE RICHIESTA COMPILATA PRIMA DI INVIARLA.

SEZIONE A - DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE (in stampatello o a macchina).

Numero di previdenza sociale

SI PREGA DI RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE

--	--	--	--	--	--	--	--

1. Nome
Nome Secondo nome Cognome
2. Indirizzo
Numero Via Città o paese Stato CAP N. app.
3. Tel. 4. Data di nascita 5. Coniugato/a (contrassegnare una casella) Sì No
6. Tipo di invalidità (in caso di infortunio, indicare anche come, quando e dove si è verificato)
7. Disabile a partire dal a. Quel giorno ero presente al lavoro Sì No
Mese Giorno Anno
 b. Da allora ho lavorato per percepire redditi o profitti. Sì No Se "Sì", indicare le date
8. Indicare il nome dell'ultimo datore di lavoro. In caso di più datori di lavoro nelle ultime otto (8) settimane, indicarli tutti.

DATORE DI LAVORO			DATE DELL'IMPIEGO		SALARIO SETTIMANALE MEDIO (inclusi bonus, mance, commissioni, valore reale del vitto, affitto, ecc.)
NOME DELL'ATTIVITÀ	INDIRIZZO DELL'ATTIVITÀ	N. DI TELEFONO	DAL	AL	
			mm. gg. aa.	mm. gg. aa.	

9. Il mio lavoro è o era
Occupazione Nome del sindacato e numero della sezione, se membro
10. Per il periodo di invalidità coperto dalla presente richiesta
 - a. Viene percepito un salario, uno stipendio o un'indennità per cessazione del rapporto lavorativo: Sì No
 - b. Viene ricevuto o viene fatta richiesta per:
 - (1) Indennizzo per infortunio sul lavoro per invalidità correlata all'attività lavorativa..... Sì No
 - (2) Prestazioni dell'assicurazione di disoccupazione..... Sì No
 - (3) Danni per lesioni personali Sì No
 - (4) Indennità ai sensi della legge federale sulla previdenza sociale (Federal Social Security Act) per invalidità a lungo termine..... Sì No

IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA AI PUNTI 10a O 10b, COMPILARE I CAMPI SOTTOSTANTI:

Ho ricevuto da fatto richiesta aper il periodo dalal

11. Ho ricevuto indennità di invalidità per un altro periodo (o periodi) di invalidità entro le 52 settimane immediatamente precedenti all'inizio dell'attuale invalidità Sì No
 In caso di risposta affermativa, compilare il campo successivo: Ho ricevuto un'indennità dadalal
12. Ho letto le indicazioni summenzionate. Con la presente richiedo un'indennità di invalidità e dichiaro che per il periodo coperto dalla presente richiesta ero affetto da invalidità. Le dichiarazioni soprariportate, incluse eventuali dichiarazioni accompagnatorie, sono, per quanto di mia conoscenza, veritiere e complete.

COLORO CHE, VOLONTARIAMENTE E CON L'INTENZIONE DI COMMITTERE UNA FRODE, PRESENTANO, FANNO IN MODO CHE VENGANO PRESENTATE O PREPARANO, SAPENDO O CREDENDO CHE VERRANNO PRESENTATE A, O DA, UN ASSICURATORE O UN AUTO-ASSICURATORE, INFORMAZIONI CONTENENTI DICHIARAZIONI FALSE O CHE NASCONDONO EVENTUALI FATTI SOSTANZIALI SARANNO CONSIDERATI COLPEVOLI DI REATO E SOGGETTI AD AMMENZE CONSISTENTI E A PENE DETENTIVE.

Data e firma della richiesta
Data Firma del richiedente

In caso di firma da parte di un soggetto diverso dal richiedente, indicare: nome, indirizzo e tipo di relazione del rappresentante.

Divulgazione di informazioni: il Comitato non divulgherà alcuna informazione relativa al proprio caso a terze parti non autorizzate qualora non sia stato fornito apposito consenso. Qualora si autorizzi la divulgazione di tali informazioni a terzi non autorizzati, è necessario presentare il modulo originale OC-110A debitamente firmato, Autorizzazione del Richiedente a divulgare documenti dei lavoratori relativi alle indennità, o una lettera di autorizzazione debitamente firmata e autenticata. Per ricevere il modulo OC-110A, è possibile contattare telefonicamente l'ufficio WCB della propria zona oppure scaricarlo dal sito internet www.wcb.ny.gov, alla sezione "Common Forms Online". Inviare il modulo o la lettera di autorizzazione debitamente compilati all'indirizzo sottoindicato.

IN CASO DI DOMANDE RELATIVE ALLA RICHIESTA DI INDENNITÀ DI INVALIDITÀ, CONTATTARE L'UFFICIO PIÙ VICINO DEL WORKERS' COMPENSATION BOARD DELLO STATO DI NEW YORK OPPURE SCRIVERE A: WORKERS' COMPENSATION BOARD, DISABILITY BENEFITS BUREAU, 100 BROADWAY-MENANDS, ALBANY, NY 12241-0005

SI TIENE DUDAS RELACIONADAS CON LA RECLAMACIÓN DE BENEFICIOS POR INCAPACIDAD, COMUNIQUESE CON LA OFICINA MAS CERCANA DE LA JUNTA DE COMPENSACIÓN OBRERA DE NUEVA YORK, O ESCRIBA A: WORKER'S COMPENSATION BOARD, DISABILITY BENEFITS BUREAU, 100 BROADWAY-MENANDS, ALBANY, NY 12241-0005

COMUNICAZIONE E RICHIESTA DI INDENNITÀ DI INVALIDITÀ

IMPORTANTE: UTILIZZARE QUESTO MODULO SOLO NEL CASO IN CUI LA MALATTIA O L'INVALIDITÀ DEL RICHIEDENTE SI MANIFESTI DURANTE IL PERIODO DI ASSUNZIONE O ENTRO QUATTRO (4) SETTIMANE DAL TERMINE DELL'IMPIEGO. IN CASO CONTRARIO, UTILIZZARE IL MODULO DI RICHIESTA DB-300.

SEZIONE B - DICHIARAZIONE DEL FORNITORE DI ASSISTENZA SANITARIA (in stampatello o a macchina)
LA DICHIARAZIONE DEL FORNITORE DI ASSISTENZA SANITARIA DEVE ESSERE COMPILATA IN TUTTE LE SUE PARTI E IL MODULO DEVE ESSERE INVIATO PER POSTA ALL'ASSICURATORE O AL DATORE DI LAVORO AUTOASSICURATO, OPPURE RESTITUITO AL RICHIEDENTE ENTRO SETTE GIORNI DAL RICEVIMENTO DELLO STESSO. Per il punto 7d, indicare una data approssimativa. Elaborare una stima. Qualora l'invalidità sia stata causata o sia correlata a una gravidanza, indicare la data presunta del parto nella sezione "Note".

1. Nome del richiedente..... 2. Data di nascita..... 3. Sesso Maschio Femmina

4. Diagnosi/Analisi..... Codice diagnosi.

a. Sintomi del richiedente

b. Conclusioni oggettive

5. Richiedente ricoverato in ospedale? Sì No Dal al

6. Operazione indicata? Sì No a. Tipo b. Data

7. Inserire le date di seguito richieste:

a. Data del primo trattamento per la presente invalidità

b. Data del trattamento più recente effettuato per la presente invalidità

c. Data in cui il richiedente non è stato in grado di lavorare a causa della presente invalidità

d. Data in cui il richiedente sarà nuovamente in grado di lavorare

(Stimare una data anche in caso di dubbio. Si prega di evitare termini quali "non so" o "non definito.")

8. A suo parere, l'invalidità è la conseguenza di lesioni derivanti o sviluppate nel corso dell'occupazione o di una malattia professionale? Sì No

In caso di risposta affermativa, il modulo C-4 è stato inviato al Workers' Compensation Board? Sì No

Note (se necessario, allegare un altro foglio)

(Qualora l'invalidità sia correlata alla gravidanza, si prega di indicare la data presunta del parto.)

Anno	Mese	Giorno

Dichiaro <input type="checkbox"/> Chiropratico <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Psicologo	Abilitato nello Stato di	Numero abilitazione
di essere un <input type="checkbox"/> Dentista <input type="checkbox"/> Podologo <input type="checkbox"/> Infermiere-Ostetrica		

COLORO CHE, VOLONTARIAMENTE E CON L'INTENZIONE DI COMMITTERE UNA FRODE, PRESENTANO, FANNO IN MODO CHE VENGANO PRESENTATE O PREPARANO, SAPENDO O CREDENDO CHE VERRANNO PRESENTATE A, O DA, UN ASSICURATORE O UN AUTO-ASSICURATORE, INFORMAZIONI CONTENENTI DICHIARAZIONI FALSE O CHE NASCONDONO EVENTUALI FATTI SOSTANZIALI SARANNO CONSIDERATI COLPEVOLI DI REATO E SOGGETTI AD AMMENDE CONSISTENTI E A PENE DETENTIVE.

Firma del fornitore di assistenza sanitaria Data

Nome del fornitore di assistenza sanitaria (in stampatello) Tel.

Indirizzo ufficio

Numero Via Città o paese Stato CAP N. app.

AVVISO HIPAA - Al fine di poter decidere in merito a una richiesta di indennizzo per infortunio sul lavoro, in base al WCL13-a(4)(a) e al 12 NYCRR 325-1.3 i fornitori di assistenza sanitaria devono regolarmente inviare rapporti medici al Comitato, all'assicuratore o al datore di lavoro. Conformemente alla norma 45 CFR 164.512, tali rapporti medici richiesti per legge non sono soggetti alle restrizioni dell'HIPAA relative alla divulgazione di informazioni sulla salute.