



Nr sprawy WCB (jeżeli jest znany): _____

Informacja dla wnioskodawcy: Jeżeli osoba poszkodowana leczyła *doznany wcześniej* uraz tej samej części ciała lub leczyła chorobę podobną do opisanej w bieżącym wniosku, należy wypełnić niniejszy formularz. Formularz ten pozwala dostawcom usług medycznych wymienionych niżej na ujawnienie ubezpieczycielowi pracodawcy informacji o leczeniu poprzednio doznanego urazu lub choroby. Prawo federalne HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act z roku 1996) zezwala wnioskodawcy na otrzymanie kopii tego formularza. Jeżeli wnioskodawca nie rozumie niniejszego formularza, powinien zasięgnąć porady swojego zastępcy prawnego. W przypadku jego braku pomocy udzieli radca prawny Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych zajmujący się poszkodowanymi pracownikami. Prosimy zadzwonić pod numer telefonu: 800-580-6665.

Informacja dla dostawcy usług medycznych: Kopia niniejszego dokumentu zgodnego z przepisami HIPAA pozwala na ujawnianie informacji na temat stanu zdrowia. W przypadku wysyłania dokumentacji do ubezpieczyciela pracodawcy w odpowiedzi na zgodę na ujawnienie danych o zdrowiu należy wysłać kopie do zastępcy prawnego wnioskodawcy. (Jeżeli poniżej nie wymieniono zastępcy prawnego, kopie należy wysłać do wnioskodawcy). Dostawcy usług medycznych ujawniających dokumentację muszą podlegać prawu stanu Nowy Jork oraz przepisom HIPAA.

Niniejsza zgoda na ujawnienie informacji jest:

- **Dobrowolna.** Dostawca usług medycznych musi zapewnić osobie poszkodowanej taką samą jakość i zakres opieki medycznej, warunki płatności oraz świadczenia bez względu na fakt podpisania lub niepodpisania niniejszego formularza.
- **Ograniczona.** Dokument zezwala dostawcy usług medycznych na ujawnienie tylko tych dokumentów dotyczących stanu zdrowia, które odnoszą się do poprzednio przebytej choroby/stanu opisanego poniżej.
- **Tymczasowa.** Jej ważność wygasa z chwilą ustalenia przyznania odszkodowania w odpowiedzi na roszczenie lub odrzucenia wniosku o odszkodowanie oraz wyczerpania wszystkich możliwości odwoławczych.
- **Możliwa do uchylecia.** Zgodę można cofnąć w dowolnym momencie. Aby cofnąć zgodę, należy wysłać pismo do dostawcy usług medycznych wymienionego w treści niniejszego formularza. Należy również przesłać kopię pisma ubezpieczycielowi pracodawcy oraz Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych. *Uwaga: Nie wolno cofać niniejszej zgody w odniesieniu do dokumentacji medycznej już dostarczonej.*
- **Tylko do celów dokumentacji.** Dokument zezwala wymienionemu w nim dostawcy usług medycznych na wysłanie kopii dokumentacji medycznej ubezpieczycielowi pracodawcy wypłacającemu odszkodowania pracownicze.

Niniejszy formularz NIE zezwala dostawcy usług medycznych na ujawnianie następujących rodzajów informacji:

- **informacji dotyczących zakażenia wirusem HIV,**
- **dokumentacji medycznej na temat odbywanej psychoterapii,**
- **leczenia uzależnienia od alkoholu/narkotyków,**
- **leczenia psychiatrycznego** (chyba że zaznaczono poniżej)
- **informacji ustnych** (dostawca usług medycznych nie może z nikim omawiać stanu zdrowia osoby poszkodowanej).

Wszelka ujawniona dokumentacja medyczna będzie stanowiła część akt dotyczących odszkodowań pracowniczych i będzie traktowana jako poufna, zgodnie z WCL.

A. DANE WNIOSKODAWCY

1. Imię i nazwisko: _____
2. Nr ubezpieczenia społecznego: _____ - _____ - _____
3. Adres pocztowy: _____
4. Data urodzenia: _____ / _____ / _____
5. Data wystąpienia aktualnego urazu/choroby: _____ / _____ / _____
6. Aktualny uraz/choroba, w tym wszystkie części ciała, które doznały urazu: _____

7. Imię i nazwisko oraz adres zastępcy prawnego (jeżeli jest): _____

Prosimy zaznaczyć to pole w przypadku zezwolenia dostawcy usług medycznych na ujawnienie informacji o **leczeniu psychiatrycznym**.

B. DOSTAWCA USŁUG MEDYCZNYCH

(Prosimy wymienić wszystkich dostawców usług medycznych, którzy leczyli *poprzedni* uraz tej samej części ciała lub podobną chorobę osoby poszkodowanej. W przypadku więcej niż dwóch dostawców prosimy do niniejszego formularza dołączyć ich dane kontaktowe).

1. Dostawca: _____
2. Nr telefonu: (____) _____
3. Adres pocztowy: _____
4. Inny dostawca (jeżeli jest): _____
5. Nr telefonu: (____) _____
6. Adres pocztowy: _____

C. PROSIMY O PRZECZYTANIE I ZŁOŻENIE PODPISU.

Niniejszym wnioskuję, aby wymieniony powyżej dostawca usług medycznych przekazał ubezpieczycielowi mojego pracodawcy, wypłacającemu odszkodowania pracownicze, kopie dokumentacji medycznej związanej z poprzednio przeżytym urazem/chorobą dotyczącym/-ą wszystkich części ciała i opisanym/-ą powyżej.

Podpis wnioskodawcy (tylko tusz lub atrament — użyć niebieskiego długopisu, jeżeli to możliwe).

Data

Jeżeli wnioskodawca nie jest w stanie złożyć podpisu, osoba składająca podpis w imieniu wnioskodawcy musi wypełnić i podpisać, co następuje:

Imię i nazwisko

Relacja w stosunku do wnioskodawcy

Podpis (tylko tusz lub atrament — użyć niebieskiego długopisu, jeżeli to możliwe). Data