

ZAWIADOMIENIE I DOWÓD WNIOSKU O ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU RENTY INWALIDZKIEJ

WNIOSKUJĄCY: NALEŻY UWAGAŃNIE ZAPOZNAĆ SIĘ Z PONIŻSZYMI INSTRUKCJAMI

1. NALEŻY UŻYĆ NINIEJSZEGO FORMULARZA, JEŻELI WNIOSKODAWCA ZACHORUJE LUB STANIE SIĘ OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ **PODZAS ZATRUDNIENIA LUB W CIĄGU 4 (CZTERECH) TYGODNI OD ROZWIĄZANIA STOSUNKU PRACY**. UŻYĆ FORMULARZA WNIOSKU DB-300, JEŻELI WNIOSKODAWCA ZACHORUJE LUB STANIE SIĘ OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ PO OKRESIE BEZROBOCIA TRWAJĄCEGO DŁUŻEJ NIŻ 4 (CZTERY) TYGODNIE.
2. NALEŻY WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE POZYCJE W CZĘŚCI A – „**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**.” WAŻNA JEST DOKŁADNOŚĆ. NALEŻY SPRAWDZIĆ WSZYSTKIE DATY.
3. NALEŻY OPATRYĆ SWÓJ WNIOSK DATĄ I PODPISEM (PATRZ PKT 12). JEŚLI WNIOSKODAWCA NIE MOŻE PODPISAĆ FORMULARZA WNIOSKU, MOŻE ON BYĆ PODPISANY W JEGO IMIENIU PRZEZ PEŁNOMOCNIKA. W TAKIM PRZYPADKU POD PODPISEM NALEŻY PODAĆ NAZWISKO, ADRES I POWIĄZANIE PEŁNOMOCNIKA Z WNIOSKODAWCĄ.
4. **NIE NALEŻY WYSYLAĆ WNIOSKU, O ILE USŁUGODAWCA MEDYCZNY NIE WYPEŁNI I NIE PODPISZE CZĘŚCI B – „OŚWIADCZENIE USŁUGODAWCY MEDYCZNEGO.”**
5. WYPEŁNIONY WNIOSK NALEŻY WYSŁAĆ POCZTĄ W CIĄGU 30 (TRZYDZIESTU) DNI OD MOMENTU ZACHOROWANIA LUB STANIA SIĘ OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ DO SWOJEGO OSTATNIEGO PRACODAWCY LUB ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ OSTATNIEGO PRACODAWCY.
6. PRZED WYSŁANIEM NALEŻY SKOPIOWAĆ NINIEJSZY FORMULARZ DLA WŁASNEJ DOKUMENTACJI.

CZĘŚĆ A – OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY (wypełnić literami drukowanymi) NALEŻY ODPOWIEDZIEĆ NA WSZYSTKIE PYTANIA

Numer ubezpieczenia społecznego (SSN)

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

1. Imię i nazwisko.....

Pierwsze	Drugie	Nazwisko
----------	--------	----------
2. Adres.....

Numer	Ulica	Miejscowość	Stan	Kod pocztowy	Nr lokalu
-------	-------	-------------	------	--------------	-----------
3. Nr tel. 4. Data urodzenia 5. Żonaty/Mężatka (zaznacz jedno) Tak Nie
6. Moja niepełnosprawność to (w przypadku urazu, jak, kiedy i gdzie miał miejsce wypadek).....
7. Stałam/em się osobą niepełnosprawną w dniu a. w dniu tym wykonywałam/em pracę Tak Nie

Miesiąc	Dzień	Rok
---------	-------	-----

 b. Od tego czasu pracuję otrzymując wynagrodzenie lub zysk. Tak Nie Jeśli „Tak,” podać daty
8. Podać nazwę/nazwisko ostatniego pracodawcy. Jeśli więcej niż jeden pracodawca w ciągu ostatnich 8 (ośmiu) tygodni, podać nazwy/nazwiska wszystkich pracodawców.

PRACODAWCA			DATY ZATRUDNIENIA						ŚREDNIE TYGODNIOWE WYNAGRODZENIE (w tym premie, napiwki, prowizje, wartość zakwaterowania, czynszu itp.)
NAZWA FIRMY	ADRES FIRMY	NR TELEFONU	OD			DO			
			Mies.	Dzień	Rok	Mies.	Dzień	Rok	

9. Zajmuję/Zajmowałam/em stanowisko.....

Zawód	Nazwa związku zawodowego i numer oddziału, w przypadku członkostwa
-------	--
10. W okresie niepełnosprawności objętej niniejszym wnioskiem
 - a. Czy wnioskodawca otrzymuje wynagrodzenie lub odprawę pieniężną: Tak Nie
 - b. Czy wnioskodawca otrzymuje lub składa roszczenie o
 - (1) odszkodowanie pracownicze za niepełnosprawność w związku z wykonywaniem pracy..... Tak Nie
 - (2) świadczenia ubezpieczeniowe dla bezrobotnych Tak Nie
 - (3) odszkodowania za urazy Tak Nie
 - (4) świadczenia z tytułu Federal Social Security Act (ustawy federalnej o ubezpieczeniu społecznym) w związku z długotrwałą niepełnosprawnością Tak Nie

JEŚLI ZAZNACZONO „TAK” W PRZYPADKU KTÓREJKOLWIEK POZYCJI W 10a LUB 10b, WYPEŁNIĆ NASTĘPUJĄCE POLA:

otrzymuję składam roszczenie oza okres oddo

11. Otrzymywałam/em świadczenia z tytułu renty inwalidzkiej uprzednio przez okres lub okresy niepełnosprawności w ciągu 52 tygodni poprzedzających rozpoczęcie mojej obecnej niepełnosprawności:..... Tak Nie
 Jeśli zaznaczono „Tak”, wypełnić poniższe punkty: otrzymałam/em zapłatę od za okres od do

12. Zapoznałam/em się z powyższymi instrukcjami. Niniejszym składam wniosek o świadczenia z tytułu renty inwalidzkiej i oświadczam, że w okresie, którego dotyczy niniejsze oświadczenie byłam/em osobą niepełnosprawną, a także, że powyższe oświadczenie, w tym **wszelkie oświadczenia mu towarzyszące, składam zgodnie z moją najlepszą wiedzą oraz że są one zgodne z prawdą i kompletne.**

KAŻDA OSOBA, KTÓRA ŚWIADOMIE I Z ZAMIAREM POPEŁNIENIA OSZUSTWA SKŁADA, PRZYCZYNIĄ SIĘ DO SKŁADANIA INFORMACJI ZAWIERAJĄCYCH NIEPRAWDZIWE OŚWIADCZENIE LUB UKRYWA ISTOTNY FAKT BĄDŹ PRZYGOTOWUJE MAJĄC WIEDZĘ LUB PRZEKONANIE, ŻE TAKIE INFORMACJE ZOSTANĄ ZŁOŻONE UBEZPIECZYCIELOWI LUB PRZEZ UBEZPIECZYCIELA, POPEŁNIA PRZESTĘPSTWO I PODLEGA WYSOKIEJ GRZYWNI I KARZE POZBAWIENIA WOLNOŚCI.

Data podpisania wniosku

Data	Podpis wnioskodawcy
------	---------------------

W przypadku złożenia podpisu przez osobę inną niż wnioskodawca, należy wypełnić literami drukowanymi poniżej: imię i nazwisko, adres i powiązanie wnioskodawcy z pełnomocnikiem.

Ujawnianie informacji: Komisja nie ujawni żadnych informacji na temat danego przypadku podmiotom nieupoważnionym bez zgody wnioskodawcy. Jeśli wnioskodawca zdecyduje się na ujawnienie takich informacji podmiotowi nieuprawnionemu, należy złożyć Komisji oryginał podpisanego Formularza OC-110A, Upoważnienie wnioskodawcy do ujawnienia dokumentacji odszkodowania pracowniczego lub oryginał podpisany i poświadczony notarialnie. Można skontaktować się telefonicznie z lokalnym biurem WCB w celu przesłania wnioskodawcy formularza OC-110A lub można pobrać go z naszej strony internetowej, www.wcb.ny.gov. Można go znaleźć pod nagłówkiem Common Forms Online. Wypełniony formularz zgody należy wysłać na adres podany poniżej.

W RAZIE JAKIKOLWIEK PYTAŃ DOTYCZĄCYCH ROSZCZEŃ Z TYTUŁU RENTY INWALIDZKIEJ NALEŻY SKONTAKTOWAĆ SIĘ Z NAJBLIŻSZYM BIUREM NYS WORKERS' COMPENSATION BOARD (KOMISJI DS. ODSZKODOWAŃ PRACOWNICZYCH NYS), LUB WYSŁAĆ JE NA ADRES: WORKERS' COMPENSATION BOARD, DISABILITY BENEFITS BUREAU, 100 BROADWAY-MENANDS, ALBANY, NY 12241-0005

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

ZAWIADOMIENIE I DOWÓD ROSZCZEŃ Z TYTUŁU RENTY INWALIDZKIEJ

WAŻNE: NALEŻY UŻYĆ NINIEJSZEGO FORMULARZA TYLKO W PRZYPADKU, GDY WNIOSKODAWCA ZACHORUJE LUB STANIE SIĘ OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ PODCZAS ZATRUDNIENIA LUB W CIĄGU 4 (CZTERECH) TYGODNI OD ROZWIĄZANIA STOSUNKU PRACY. W INNYM WYPADKU NALEŻY UŻYĆ FORMULARZA WNIOSKU DB-300.

CZĘŚĆ B – OŚWIADCZENIE USŁUGODAWCY MEDYCZNEGO MUSI BYĆ KOMPLETNE, A FORMULARZ PRZESŁANY UBEZPIECZYCIELOWI LUB SAMOUBEZPIECZONEMU PRACODAWCY BĄDŹ ZWRÓCONY WNIOSKODAWCY W CIĄGU SIEDMIU DNI OD DATY OTRZYMANIA FORMULARZA. W pkt 7d, należy podać przybliżoną datę. Można podać wartość szacunkową. Jeśli niepełnosprawność jest spowodowana przez lub powstała w związku z ciążą, należy podać przybliżoną datę porodu w części „Uwagi”.

1. Nazwisko wnioskodawcy..... 2. Data urodzenia..... 3. Płeć Męska Żeńska

4. Rozpoznanie/analiza Kod rozpoznania.....

a. Objawy występujące u wnioskodawcy

b. Ustalenia

5. Czy wnioskodawca był poddany hospitalizacji Tak Nie od do.....

6. Wskazane przeprowadzenie operacji? Tak Nie a. Rodzaj b. Data

7. Podać daty dla poniższych punktów:

a. Data pierwszego leczenia niepełnosprawności

b. Daty ostatniego leczenia niepełnosprawności

c. Data, od której wnioskujący był niezdolny do wykonywania pracy z powodu niepełnosprawności

d. Data, od której wnioskujący będzie w stanie wykonywać pracę

(Nawet, jeśli istnieje poważna wątpliwość, podać szacunkową datę. Należy unikać takich określeń, jak „nieznane” lub „nieokreślone”).

8. Według własnej opinii, czy niepełnosprawność jest spowodowana urazami na skutek i w trakcie wykonywania pracy lub choroby zawodowej? Tak Nie

Jeśli tak, czy został złożony formularz C-4 do Workers' Compensation Board (Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych)?

Tak Nie

Uwagi (w razie konieczności załączyć dodatkową stronę).....

(Jeśli niepełnosprawność jest związana z ciążą należy podać szacunkową datę porodu)

Potwierdzam, kręgarzem lekarzem psychologiem
że jestem dentystą pediatra położną

Licencja wydana przez stan

Numer licencji

KAŻDA OSOBA, KTÓRA ŚWIADOMIE I Z ZAMIAREM POPEŁNIENIA OSZUSTWA SKŁADA, PRZYCZYNIĄ SIĘ DO SKŁADANIA INFORMACJI ZAWIERAJĄCYCH NIEPRAWDZIWE OŚWIADCZENIE LUB UKRYWA ISTOTNY FAKT BĄDŹ PRZYGOTOWUJE MAJĄC WIEDZĘ LUB PRZEKONANIE, ŻE TAKIE INFORMACJE ZOSTANĄ ZŁOŻONE UBEZPIECZYCIELOWI LUB PRZEZ UBEZPIECZYCIELĄ, POPEŁNIENIA PRZESTĘPSTWO I PODLEGA WYSOKIEJ GRZYWNIE I KARZE POZBAWIENIA WOLNOŚCI.

Podpis usługodawcy medycznego..... Data

Nazwa/Nazwisko usługodawcy medycznego (drukowanymi literami)

Nr tel

Adres gabinetu

Numer

Ulica

Miejscowość

Stan

Kod poczt.

UWAGA HIPAA – W celu orzekania o wniosku w sprawie odszkodowań pracowniczych, postanowienia WCL13-a(4)(a) i 12 NYCRR 325-1.3 wymagają od świadczeniodawców regularnego składania Komisji, ubezpieczycielowi lub pracodawcy sprawozdań medycznych z leczenia. Na mocy 45 CFR 164.512 niniejsze prawnie wymagane sprawozdania medyczne są zwolnione od ograniczeń HIPAA dotyczących ujawniania informacji o stanie zdrowia.