

Nome del richiedente: _____ N° previdenza sociale: _____

Comitato infortuni sul lavoro dello Stato di New York (New York State Workers' Compensation Board), Ufficio sussidi per disabilità (Disability Benefits Bureau)

Modulo DB-450.1, Dichiarazione del richiedente per incidente senza determinazione di colpa o lesioni personali

Istruzioni per il richiedente: Compili questo modulo nel caso in cui sia diventato disabile dopo essere stato **disoccupato per più di quattro (4) settimane** e abbia indicato sul Modulo DB-450 che la sua disabilità può essere causata da una lesione dovuta a un incidente con veicolo a motore senza determinazione di colpa, negligenza o condotta errata da parte di terzi.

La sezione 227 della Legge sui sussidi per disabilità (Disability Benefits Law) prevede che il Presidente del Comitato infortuni sul lavoro possa applicare un'ipoteca, per l'importo a lei versato, per i procedimenti di recupero nei confronti di terzi, a seguito di provvedimento del tribunale, liquidazione o altro.

Secondo la Legge, lei può perdere il diritto a ricevere sussidi per disabilità e potrebbe esserle chiesto un rimborso per i pagamenti già effettuati, nel caso in cui lei:

1. Accetti un accordo con terzi per un importo inferiore ai sussidi previsti dalla Legge sui sussidi per disabilità senza consenso scritto da parte del Presidente del Comitato infortuni sul lavoro.
2. Firmi un esonero o un ritiro del reclamo contro terzi, indipendentemente dal fatto che abbia ricevuto o meno il pagamento.

La preghiamo di completare questo modulo e inviarlo insieme al modulo DB-450 opportunamente compilato per evitare ritardi nel pagamento dei sussidi per disabilità.

DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE SULL'INCIDENTE

1. Data dell'incidente	2. Luogo dell'incidente (Indicare l'indirizzo completo, città, stato, CAP)
------------------------	---

3. Causa dell'incidente Veicolo a motore Indennità per infortunio sul lavoro Altro

4. a. Ha intrapreso un'azione legale contro questo soggetto? Sì No

b. Se ha risposto "No", vuole intraprendere questa azione? Sì No

Se ha risposto "Sì", indichi il nome e l'indirizzo dei soggetti interessati:

5. Nel caso in cui lei abbia assunto un avvocato, indichi le seguenti informazioni:

Nome e indirizzo dell'avvocato

Tel.:

6. Ha ricevuto un risarcimento per il suo infortunio? Sì No

Se ha risposto "Sì", indichi: Importo del risarcimento (\$)

Data del risarcimento:

7. Ha ricevuto un pagamento per l'assistenza medica da parte di soggetti diversi dal suo piano di assicurazione o di assistenza sanitaria? Sì No

Se ha risposto "Sì", indichi: Nome e indirizzo della compagnia di assicurazione o del soggetto che ha effettuato il pagamento

Incidente con veicolo a motore - Compili questa sezione e alleggi il modulo MV-104, il Rapporto sull'incidente o il Rapporto di polizia sull'incidente

8. Lei sta richiedendo/ricevendo o prevede di richiedere/ricevere un'indennità senza determinazione di colpa? Sì No

È coinvolto un veicolo commerciale: Sì No Se ha risposto "Sì", lei vuole intraprendere un'azione contro terzi: Sì No Se ha risposto "No", indichi una motivazione.
Spiegazione:

Danni per altre lesioni personali con il coinvolgimento di terzi

9. Il soggetto interessato era assicurato per questa azione? Sì No

Nome e indirizzo della compagnia di assicurazione:

Polizza n°:

10. Lei era assicurato per questo incidente? Sì No

Se ha risposto "Sì", indichi nome e indirizzo della compagnia di assicurazione

Polizza n°:

Certifico e affermo che, sulla base delle informazioni in mio possesso, le suddette dichiarazioni ed eventuali dichiarazioni accessorie sono veritiere e complete.

Firma del richiedente: _____ Data: _____

