

Nazwisko wnioskodawcy: \_\_\_\_\_ Nr ubezpieczenia społecznego: \_\_\_\_\_

**New York State Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau**  
**Formularz DB-450.1 Oświadczenie wnioskodawcy dotyczące braku winy lub obrażeń cielesnych**

**Instrukcje dla wnioskodawcy:** niniejszy formularz należy wypełnić w razie niepełnosprawności po okresie bezrobocia dłuższym niż cztery (4) tygodnie i wskazania w formularzu DB-450, że niepełnosprawność może być skutkiem obrażeń odniesionych w wypadku pojazdów mechanicznych bez winy czy zaniedbania lub przestępstwa ze strony podmiotów trzecich, np. osób, firm itd.

Część 227 przepisów ustawy o zasiłkach z tytułu niepełnosprawności (Disability Benefits Law) stanowi, że przewodniczący Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych (Workers' Compensation Board) może ustanowić zabezpieczenie w kwocie odszkodowań wypłaconych wnioskodawcy, na wypadek postępowania w sprawie wszelkich odszkodowań, które wnioskodawca może otrzymać od podmiotów trzecich w drodze wyroku sądowego, ugody lub w inny sposób.

Prawo stanowi, że wnioskodawca może stracić prawo do zasiłku z tytułu niepełnosprawności i wymagane może być zwrócenie już wypłaconych kwot, jeśli:

1. Wnioskodawca zaakceptuje ugodę z podmiotem trzecim na kwotę niższą niż zasiłki z tytułu przepisów ustawy o zasiłkach z tytułu niepełnosprawności bez pisemnej zgody przewodniczącego Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych.
2. Wnioskodawca podpisze zrzeczenie się roszczeń lub wycofa roszczenie przeciw podmiotowi trzeciemu, bez względu na to, czy otrzymał jakąkolwiek zapłatę.

Wnioskodawca musi wypełnić ten formularz i złożyć go wraz z wypełnionym formularzem DB-450 w celu uniknięcia opóźnienia wypłaty zasiłków z tytułu niepełnosprawności.

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY W SPRAWIE WYPADKU**

1. Data wypadku	2. Miejsce wypadku (należy podać pełny adres, miejscowość, stan, kod pocztowy)
-----------------	--

3. Przyczyna wypadku:  Pojazd mechaniczny  Odszkodowanie pracownicze  Inne

4. a. Czy wnioskodawca złożył pozew przeciw takim podmiotom?  Tak  Nie

b. Jeśli „Nie”, czy zamierza Pan/Pani złożyć pozew?  Tak  Nie

Jeśli „Tak”, należy podać nazwisko i adres strony (stron):

5. Jeśli wnioskodawca zaangażował adwokata, należy podać następujące informacje:

Nazwisko i adres adwokata

Nr tel.:

6. Czy wnioskodawca otrzymał jakiegokolwiek odszkodowanie za obrażenia?  Tak  Nie

Jeśli „Tak”, proszę podać: Kwota ugody (\$)

Data ugody:

7. Czy wnioskodawca otrzymał zapłatę za opiekę medyczną inną niż z własnego ubezpieczenia lub ubezpieczenia zdrowotnego?  Tak  Nie

Jeśli „Tak”, należy podać nazwę i adres ubezpieczyciela lub innego podmiotu dokonującego płatności.

**Wypadek pojazdów mechanicznych – należy wypełnić tę część i załączyć formularz MV-104 zgłoszenie wypadku lub policyjny protokół z wypadku**

8. Czy wnioskodawca wnioskuje o / otrzymuje lub zamierza wnioskować o / otrzymywać zasiłki z tytułu ubezpieczenia w razie braku winy?  Tak  Nie

Czy pojazd firmowy brał udział:  Tak  Nie Jeśli „Tak”, wnioskodawca składa pozew przeciw podmiotowi trzeciemu:  Tak  Nie, jeśli „Nie”, proszę wyjaśnić.

Wyjaśnienie:

**Odszkodowania za inne obrażenia cielesne z udziałem podmiotów trzecich**

9. Czy ten podmiot miał ubezpieczenie od takiej sytuacji?  Tak  Nie

Nazwa i adres ubezpieczyciela:

Nr polisy

10. Czy wnioskodawca ubezpieczył się od tego wypadku?  Tak  Nie

Jeśli „Tak”, należy podać adres ubezpieczyciela

Nr polisy

Niniejszym potwierdzam, że powyższe oświadczenia, włącznie z wszelkimi oświadczeniami towarzyszącymi, są według mojej najlepszej wiedzy prawdziwe i kompletne.

Podpis wnioskodawcy: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

