



COMUNICAZIONE E RICHIESTA DI INDENNITÀ DI INVALIDITÀ

Compili questo modulo nel caso in cui sia diventato disabile mentre aveva un'occupazione o sia diventato disabile entro quattro (4) settimane dalla cessazione del suo impiego OPPURE nel caso in cui sia diventato disabile dopo essere stato disoccupato per più di quattro (4) settimane. La preghiamo di rispondere a tutte le domande della Parte A e alle domande da 1 a 3 della Parte B. Legga con attenzione tutte le istruzioni contenute in questo modulo. Gli operatori sanitari devono completare la Parte B a pagina 2.

PARTE A - INFORMAZIONI SUL RICHIEDENTE (Scrivere al computer o in stampatello)

1. Cognome: _____ Nome: _____ Iniziale secondo nome: _____

2. Indirizzo postale: _____ Riga 2: _____

Città: _____ Stato: _____ CAP: _____ Paese: _____

3. N° telefono: _____ 4. Indirizzo e-mail: _____

5. N° previdenza sociale: _____ - _____ - _____ 6. Data di nascita: ____ - ____ - ____ 7. Sesso: Uomo Donna

8. La mia disabilità è (in caso di infortunio, indicare come, quando e dove si è verificato): _____

9. Sono diventato disabile o non idoneo per ricevere l'indennità di disoccupazione a causa di questa disabilità in data: ____ / ____ / ____

In quel giorno ho lavorato: Sì No

Lei ha superato questa disabilità? Sì No Se ha risposto "Sì", da quale data in poi è stato in condizione di lavorare? ____ / ____ / ____

Lei ha percepito una retribuzione dal momento dell'infortunio? Sì No Se ha risposto "Sì", indichi le date: _____

10. Indichi il nome del suo ultimo datore di lavoro. Se ha avuto più di un datore di lavoro negli ultimi otto (8) mesi, indichi tutti i datori di lavoro. Il salario medio settimanale viene definito in base alla retribuzione percepita nelle ultime otto (8) settimane di lavoro.

ULTIMO DATORE DI LAVORO			PERIODO DI LAVORO			Salario settimanale medio (comprensivo di incentivi, mance, commissioni, vitto (entro un importo ragionevole), affitto, ecc.)			
Nome dell'azienda o impresa	Indirizzo	Numero di telefono	Primo giorno				Ultimo giorno di lavoro		
			Mese	Giorno	Anno	Mese	Giorno	Anno	
ALTRO DATORE DI LAVORO (nel corso delle ultime otto (8) settimane)			PERIODO DI LAVORO			Salario settimanale medio (comprensivo di incentivi, mance, commissioni, vitto (entro un importo ragionevole), affitto, ecc.)			
Nome dell'azienda o impresa	Indirizzo	Numero di telefono	Primo giorno				Ultimo giorno di lavoro		
			Mese	Giorno	Anno	Mese	Giorno	Anno	
			Mese	Giorno	Anno	Mese	Giorno	Anno	

11. Il mio lavoro è o era: _____ Professione _____ 12. Iscritto al sindacato: Sì No Se ha risposto "Sì": _____ Nome del sindacato o numero locale _____

13. Ha richiesto/ricevuto sussidi di disoccupazione quando non era affetto da questa disabilità? Sì No

Se lei **non** ha richiesto o ha richiesto ma **non** ha ricevuto sussidi di disoccupazione dopo L'ULTIMO GIORNO DI LAVORO, indichi nel dettaglio le motivazioni: _____

14. Per il periodo di disabilità oggetto di questo reclamo:

A. Lei sta **ricevendo** salari, stipendi o liquidazioni post-licenziamento? Sì No

B. Lei sta **ricevendo** o **richiedendo**:

1. Indennità per infortunio sul lavoro per disabilità relativa al lavoro: Sì No

2. Congedo retribuito per motivi familiari: Sì No

3. Incidente con veicolo a motore senza determinazione di colpa (selezionare la casella): Sì No o lesioni personali con il coinvolgimento di terzi (selezionare la casella): Sì No

4. Sussidi per disabilità a lungo termine ai sensi della Legge federale sulla previdenza sociale per questa disabilità: Sì No

SE HA RISPOSTO "SÌ" A UNA QUALSIASI DELLE DOMANDE AL PUNTO 14, DEVE COMPLETARE LA SEZIONE SEGUENTE:

Ho: ricevuto richiesto da: _____ per il periodo: ____ / ____ / ____ a: ____ / ____ / ____

15. Nel corso dell'anno (52 settimane) e **prima** dell'inizio della disabilità, ha ricevuto sussidi per altri periodi di disabilità? Sì No

Se ha risposto "Sì", deve completare la sezione seguente: Pagato da: _____ da: ____ / ____ / ____ a: ____ / ____ / ____

16. Nel corso dell'anno (52 settimane) e **prima** dell'inizio della disabilità ha ricevuto un congedo retribuito per motivi familiari? Sì No

Se ha risposto "Sì", deve completare la sezione seguente: Pagato da: _____ da: ____ / ____ / ____ a: ____ / ____ / ____

Con la presente richiedo i sussidi per disabilità e certifico di essere stato disabile per il periodo interessato da questa richiesta. Se la mia disabilità è iniziata mentre ero disoccupato, certifico di essere stato disoccupato per più di quattro (4) settimane. Ho letto le istruzioni a pagina 2 del presente modulo 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

Un individuo può firmare per conto del richiedente solo se legalmente autorizzato a tale scopo e se il richiedente è un minore o è incapace di intendere e di volere. Se il modulo è stato firmato da una persona diversa dal richiedente, deve stampare le informazioni indicate di seguito e completare e inviare il modulo OC-110A, Autorizzazione del richiedente alla divulgazione dei dati sugli indennizzi ai lavoratori.

Per conto del richiedente

Indirizzo

Rapporto con il richiedente

PARTE B - DICHIARAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO (Scrivere al computer o in stampatello)

LA DICHIARAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE. L'OPERATORE SANITARIO DEVE COMPLETARE E INVIARE LA DICHIARAZIONE AL RICHIEDENTE ENTRO SETTE (7) GIORNI DALLA RICEZIONE DI QUESTO MODULO. Per il punto 7-d, la preghiamo di indicare una data stimata. Se la disabilità è sorta in relazione alla gravidanza o a seguito della stessa, indicare la data prevista per il parto al punto 9. **EVENTUALI RISPOSTE INCOMPLETE POSSONO CAUSARE RITARDI NEL PAGAMENTO DEI SUSSIDI.**

1. Cognome: _____ Nome: _____ Iniziale secondo nome: _____
2. Sesso: Uomo Donna 3. Data di nascita: ____ / ____ / ____
4. Diagnosi/analisi: _____ Codice diagnosi: _____
- a. Sintomi del richiedente: _____
- b. Rilievi oggettivi: _____
5. Il richiedente è stato ricoverato? Sì No Da: ____ / ____ / ____ A: ____ / ____ / ____
6. È stata segnalata la necessità di un'operazione? Sì No a. Tipo _____ b. Data ____ / ____ / ____

7. INSERIRE LE DATE PER I SEGUENTI PUNTI	MESE	GIORNO	ANNO
a. Data della prima terapia per questa disabilità			
b. Data della terapia più recente per questa disabilità			
c. Data a partire dalla quale il richiedente non era in condizione di lavorare a causa della disabilità			
d. Data in cui il richiedente sarà nuovamente in condizione di lavorare (In caso di dubbi, indichi almeno una data approssimativa. La preghiamo di evitare diciture come "Non so/Non ricordo".)			
e. Se relativa alla gravidanza, selezioni la casella e indichi una data <input type="checkbox"/> data prevista per il parto OPPURE <input type="checkbox"/> data effettiva del parto			

8. Secondo lei, questa disabilità è sorta durante il lavoro, a seguito dello stesso o nel contesto di una malattia professionale?
 Sì No Se ha risposto "Sì", il modulo C-4 è stato inviato al Comitato? Sì No

Certifico di essere un:

(Medico di famiglia, chiropratico, dentista, podiatra, psicologo, infermiera-ostetrica)	Licenza o certificazione rilasciata dallo Stato di _____	Numero di licenza _____
Nome in stampatello dell'operatore sanitario _____	Firma dell'operatore sanitario _____	Data _____
Indirizzo dell'operatore sanitario _____		Tel. _____

RICHIEDENTE: LEGGA ATTENTAMENTE QUESTE ISTRUZIONI

NOTA BENE: La preghiamo di non datare e inviare questo modulo prima della data di inizio della disabilità. Affinché la richiesta venga elaborata correttamente, è necessario completare le parti A e B.

1. Se ha deciso di compilare questo modulo perché è diventato disabile **mentre aveva un'occupazione** o è diventato disabile **entro quattro (4) settimane dalla cessazione del suo impiego**, dovrà inviare la richiesta completa a mezzo posta **entro trenta (30) giorni al suo datore di lavoro o alla compagnia di assicurazione del suo ultimo datore di lavoro**. Può trovare la compagnia di assicurazione per disabilità del suo datore di lavoro sul sito web del Comitato infortuni sul lavoro (Workers' Compensation Board) attraverso la funzione di ricerca delle assicurazioni messe a disposizione dal datore di lavoro.

2. Se ha deciso di compilare questo modulo perché è diventato disabile **dopo essere stato disoccupato per più di quattro (4) settimane**, dovrà inviare la richiesta completa a mezzo posta a: **Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau, 328 State Street, Schenectady, NY 12305**. Se ha risposto "Sì" alla domanda 14.B.3, completi e allegli il modulo DB-450.1.

Per domande sulla richiesta di sussidi per disabilità, può contattare l'Ufficio sussidi per disabilità del Comitato (Board's Disability Benefits Bureau) al numero (800) 353-3092. Per maggiori informazioni, visiti il sito del Comitato: www.wcb.ny.gov, oppure scriva all'Ufficio sussidi per disabilità all'indirizzo indicato sopra.

Informativa ai sensi della Legge sulla tutela della privacy dello Stato di New York (New York Personal Privacy Protection Law), Articolo 6-A, e della Legge sulla privacy federale del 1974 (Federal Privacy Act of 1974) (Comma 552a di 5 U.S.C.).

Il Comitato infortuni sul lavoro (di seguito denominato Comitato) è autorizzato a richiedere a tutti gli interessati i loro dati personali, compreso il numero di previdenza sociale, dalla sua autorità di indagine ai sensi del Comma 20 della Legge sugli indennizzi dei lavoratori (Workers' Compensation Law, WCL) e dalla sua autorità amministrativa ai sensi del Comma 142 della WCL. Queste informazioni vengono raccolte per dare al Comitato la possibilità di svolgere indagini accurate e di rispondere rapidamente alle richieste, conservando l'opportuna documentazione in merito. La comunicazione del proprio numero di previdenza sociale al Comitato avviene su base volontaria. Non sono previste sanzioni per la mancata indicazione del proprio numero di previdenza sociale sul presente modulo; tale mancanza non comporterà il rifiuto della richiesta né la riduzione dei sussidi. Il Comitato provvederà a tutelare la riservatezza di tutte le informazioni personali in suo possesso, divulgandole solo per lo svolgimento delle proprie funzioni ufficiali e in conformità alle leggi federali e statali applicabili.

AVVISO HIPAA - Al fine di approvare una richiesta di indennità per infortunio sul lavoro o di sussidi per disabilità, WCL 13-a(4)(a) e 12 NYCRR 325-1.3 richiedono agli operatori sanitari di inviare regolarmente le cartelle cliniche delle terapie al Comitato e alla compagnia di assicurazione o al datore di lavoro. Ai sensi del 45 CFR 164.512, queste cartelle cliniche sono esenti dalle limitazioni HIPAA in merito alla divulgazione delle informazioni sanitarie.

Divulgazione di informazioni: Il Comitato non divulgherà informazioni in merito al suo caso a soggetti non autorizzati senza il suo consenso. Se sceglie di acconsentire alla divulgazione di tali informazioni a un soggetto non autorizzato, deve inviare al Comitato un modulo originale OC-110A firmato, un'autorizzazione alla divulgazione dei dati sugli indennizzi ai lavoratori o una lettera di autorizzazione originale firmata e autenticata da un notaio. Può telefonare alla sede del Comitato locale per richiedere l'invio del modulo OC-110A, oppure può scaricarlo dal nostro sito web www.wcb.ny.gov. Si trova nella sezione Moduli (Forms) della pagina "Elenco di tutti i moduli del Comitato per gli infortuni sul lavoro" (List of ALL Common Workers' Compensation Board Forms). Invi il modulo di autorizzazione compilato all'indirizzo indicato qui sopra.

Un datore di lavoro o una compagnia di assicurazione, o qualsiasi dipendente, agente o rappresentante del datore di lavoro o della compagnia di assicurazione, che **CONSAPEVOLMENTE AFFERMI O RAPPRESENTI IL FALSO** in relazione a un fatto materiale nel quadro di una segnalazione, di un'indagine o dell'elaborazione di un reclamo per evitare che venga corrisposto un pagamento o un incentivo, **COMMETTE REATO E PUÒ INCORRERE NELLE SANZIONI PREVISTE, FINO ALL'INCARCERAZIONE.**