



INFORMACJA I DOWÓD ROSZCZENIA O ŚWIADCZENIA DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Przeczytać uważnie instrukcje na stronie 2, aby uniknąć opóźnień w rozpatrywaniu wniosku. Roszczeniodawca musi odpowiedzieć na wszystkie pytania w części A i pytania od 1 do 3 w części B. Świadczeniodawcy opieki zdrowotnej muszą wypełnić część B na stronie 2.

CZĘŚĆ A – DANE ROSZCZENIODAWCY (drukowanymi literami)

1. Nazwisko: _____ Imię: _____ Inicjał drugiego imienia: _____
2. Adres pocztowy (ulica, Nr domu/mieszkania): _____
Miejscowość _____ Stan: _____ Kod pocztowy (Zip): _____
3. Numer telefonu w ciągu dnia: _____ Adres e-mail: _____
4. Numer Social Security _____ - _____ - _____ 5. Data urodzenia: ____/____/____ 6. Płeć: Mężczyzna Kobieta
7. Opisać swoją niepełnosprawność (jeśli jest to uraz, podać również w jaki sposób, kiedy i gdzie do niego doszło): _____
8. Data powstania niezdolności do pracy: ____/____/____ Czy roszczeniodawca pracował tego dnia?: Tak Nie
Czy niepełnosprawność ustąpiła? Tak Nie Jeśli tak, podać datę powrotu do pracy: ____/____/____
Czy od tego czasu roszczeniodawca pracował zarobkowo lub dla zysku?: Tak Nie Jeśli tak, podać daty: _____
9. Nazwa ostatniego pracodawcy przed powstaniem niepełnosprawności. Jeśli było więcej niż jeden pracodawca w poprzednich ośmiu (8) tygodniach, wymienić wszystkich pracodawców. Średnia płaca tygodniowa opiera się na wszystkich płacach za ostatnich osiem (8) tygodni pracy.

OSTATNI PRACODAWCA PRZED POWSTANIEM NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.			OKRES ZATRUDNIENIA		Średnia płaca tygodniowa (wliczając premie, napiwki, prowizje, uzasadnioną kwotę na utrzymanie, czynsz, itp.)
Firma lub nazwa spółki	Adres	Numer telefonu	Data pierwszego dnia pracy	Data ostatniego dnia pracy	
			Mies. Dzień Rok	Mies. Dzień Rok	
INNY PRACODAWCA (w ciągu ostatnich ośmiu (8) tygodni)			OKRES ZATRUDNIENIA		Średnia płaca tygodniowa (wliczając premie, napiwki, prowizje, uzasadnioną kwotę na utrzymanie, czynsz, itp.)
Firma lub nazwa spółki	Adres	Numer telefonu	Data pierwszego dnia pracy	Data ostatniego dnia pracy	
			Mies. Dzień Rok	Mies. Dzień Rok	
			Mies. Dzień Rok	Mies. Dzień Rok	

10. Moja praca jest lub była: _____ 11. Członek związku zawodowego: Tak Nie Jeśli „Tak”: _____
Zawód _____ Nazwa związku zawodowego lub lokalnego _____
12. Czy przed tą niepełnosprawnością roszczeniodawca ubiegał się lub otrzymał zasiłek dla bezrobotnych? Tak Nie
Jeśli **nie** ubiegał się lub jeśli ubiegał się o zasiłek dla bezrobotnych, ale **nie** otrzymał zasiłku z ubezpieczenia na wypadek bezrobocia po OSTATNIM PRZEPRACOWANYM DNIU, podać wszystkie powody: _____
Jeśli otrzymał zasiłek dla bezrobotnych, podać wszystkie okresy otrzymywania tego zasiłku: _____
13. W okresie niepełnosprawności objętym niniejszym roszczeniem:
A. Czy roszczeniodawca otrzymuje płacę, wynagrodzenie lub płatność tytułem zwolnienia z pracy? Tak Nie
B. Czy roszczeniodawca otrzymuje lub ubiega się o:
1. Zasiłki dla bezrobotnych? Tak Nie 2. Płatny urlop w celu opieki nad innym członkiem rodziny? Tak Nie
3. Odszkodowanie dla pracowników za niepełnosprawność związaną z pracą? Tak Nie
4. W związku z wypadkiem pojazdu silnikowego bez winy roszczeniodawcy? Tak Nie **lub** obrażenia ciała z udziałem osób trzecich? Tak Nie
5. Długoterminowe świadczenia z tytułu niepełnosprawności na mocy federalnej ustawy o zabezpieczeniu społecznym w odniesieniu do tej niepełnosprawności? Tak Nie
- JEŚLI ZAZNACZONO „TAK” W DOWOLNEJ POZYCJI W PUNKCIE 13, NALEŻY WYPEŁNIĆ PONIŻSZĄ CZĘŚĆ:**
 otrzymywałem(-am) występowałem(-am) z roszczeniem do: _____ za okres: ____/____/____ do: ____/____/____
14. Czy w ciągu roku (52 tygodni), zanim wystąpiła niepełnosprawność, roszczeniodawca otrzymywał świadczenia tytułem niepełnosprawności za inne okresy niepełnosprawności? Tak Nie
Jeśli tak, płatnikiem był: _____ od: ____/____/____ do: ____/____/____
15. Czy w ciągu roku (52 tygodni), zanim wystąpiła niepełnosprawność, roszczeniodawca otrzymał płatny urlop w celu opieki nad innym członkiem rodziny? Tak Nie
Jeśli tak, płatnikiem był: _____ od: ____/____/____ do: ____/____/____
16. Jeśli roszczeniodawca został niepełnosprawny w trakcie zatrudnienia lub w ciągu czterech tygodni od ostatniego dnia pracy, czy w ciągu 5 dni od zawiadomienia lub wniosku o udostępnienie formularzy dotyczących niepełnosprawności pracodawca umożliwił roszczeniodawcy skorzystanie z praw wynikających z ustawy o niepełnosprawności? Tak Nie

Niniejszym ubiegam się o świadczenia z tytułu niepełnosprawności i poświadczam, że w okresie objętym niniejszym roszczeniem byłem(-am) niepełnosprawny(-a). Przeczytałem(-am) instrukcje na stronie 2 tego formularza i powyższe stwierdzenia, w tym wszelkie towarzyszące im oświadczenia, są według mojej najlepszej wiedzy, prawdziwe i kompletne.

Podpis roszczeniodawcy

Data

Osoba fizyczna może podpisać się w imieniu powoda tylko wtedy, gdy jest do tego prawnie upoważniona, a roszczeniodawca jest nieletni, niepoczytalny lub ubezwłasnowolniony. W przypadku podpisania przez osobę inną niż roszczeniodawca, należy wydrukować poniższe informacje, wypełnić, i złożyć formularz OC-110A, „Upoważnienie roszczeniodawcy do ujawnienia rejestrów odszkodowań pracowniczych”.

W imieniu roszczeniodawcy:

Adres

Powiązanie z roszczeniodawcą

CZĘŚĆ B – OŚWIADCZENIE ŚWIADCZENIODAWCY OPIEKI ZDROWOTNEJ (drukowanymi literami)

OŚWIADCZENIE ŚWIADCZENIODAWCY OPIEKI ZDROWOTNEJ MUSI BYĆ CAŁKOWICIE WYPEŁNIONE. PROWADZĄCY ŚWIADCZENIODAWCA OPIEKI ZDROWOTNEJ POWINIEN WYPEŁNIĆ I ZWRÓCIĆ TEN DOKUMENT ROSZCZENIODAWCY W CIĄGU SIĘDMIU (7) DNI OD OTRZYMANIA NINIEJSZEGO FORMULARZA. W przypadku pozycji 7-d należy podać szacunkową datę. Jeśli niezdolność do pracy jest spowodowana ciążą lub powstała w związku z ciążą, wpisać szacowany termin porodu w punkcie 7-e. **UDZIELENIE NIEKOMPLETNYCH ODPOWIEDZI MOŻE OPÓZNIĆ PŁATNOŚĆ ŚWIADCZEŃ.**

1. Nazwisko: _____ Imię: _____ Inicjał drugiego imienia: _____

2. Płeć: Mężczyzna Kobieta 3. Data urodzenia: ____/____/____

4. Diagnoza/analiza: _____ Kod zdiagnozowanej choroby: _____

a. Objawy występujące i roszczeniodawcy: _____

b. Wyniki obiektywne: _____

5. Czy roszczeniodawca był hospitalizowany?: Tak Nie Od: ____/____/____ Do: ____/____/____

6. Czy wskazana była operacja: Tak Nie a. Rodzaj _____ b. Data ____/____/____

7. WPISAĆ DATY W PONIŻSZYCH MIESIĄCACH	MIESIĄC	DZIEŃ	ROK
a. Data pierwszego leczenia niepełnosprawności			
b. Data ostatniego leczenia niepełnosprawności			
b. Data, w której roszczeniodawca był niezdolny do pracy z powodu tej niepełnosprawności			
d. Roszczeniodawca będzie mógł ponownie wykonywać pracę (nawet jeśli istnieje poważny problem, podać datę szacunkową). Nie wpisywać takich określeń, jak „nieznana” ani „nieustalona”.)			
e. Jeśli dotyczy ciąży, zaznaczyć pole i wprowadzić datę <input type="checkbox"/> przewidywaną datę porodu LUB <input type="checkbox"/> rzeczywistą datę porodu			

8. Czy Pana/Pani zdaniem ta niezdolność do pracy jest wynikiem obrażeń w związku z pracą lub choroby zawodowej?

Tak Nie Jeśli „Tak”, czy do Rady złożono Formularz C-4? Tak Nie

Poświadczam, że jestem:

(lekarzem, kręgarzem, dentystą, podiatrą, psychologiem, pielęgniarką-polożną)

Licencjonowanym lub dyplomowanym w stanie

Numer licencji

Imię i nazwisko świadczeniodawcy opieki zdrowotnej, drukiem

Podpis świadczeniodawcy opieki zdrowotnej

Data

Adres świadczeniodawcy opieki zdrowotnej

Nr telefonu

WAŻNA INFORMACJA DLA ROSZCZENIODAWCY – NALEŻY DOKŁADNIE PRZECZYTAĆ TĘ INSTRUKCJĘ

UWAGA: Nie wstawiać daty i nie składać tego formularza przed pierwszą datą niepełnosprawności. Rozpatrzenie roszczenia wymaga wypełnienia Części A i B.

1. Jeśli roszczeniodawca korzysta z tego formularza, ponieważ stał się niepełnosprawny w trakcie zatrudnienia lub stał się niepełnosprawny w ciągu czterech (4) tygodni po zakończeniu zatrudnienia, wypełnione roszczenie należy wysłać pocztą w ciągu trzydziestu (30) dni od pierwszej daty wystąpienia niepełnosprawności do pracodawcy lub ubezpieczyciela ostatniego pracodawcy. Ubezpieczyciela pracodawcy od wypadków kończących się niepełnosprawnością pracowników można znaleźć na stronie Workers' Compensation Board www.wcb.ny.gov, korzystając z opcji Employer Coverage Search.

2. Jeśli roszczeniodawca korzysta z tego formularza, ponieważ stał się niepełnosprawny po okresie bezrobocia trwającym ponad cztery (4) tygodnie, wypełniony wniosek MUSI zostać wysłany na adres: **Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029**. W przypadku odpowiedzi „tak” na pytanie 13.B.3, należy wypełnić i załączyć formularz DB-450.1.

Jeśli roszczeniodawca nie otrzyma odpowiedzi w ciągu 45 dni lub ma pytania dotyczące roszczenia o świadczenia z tytułu niepełnosprawności, należy zadzwonić do ubezpieczyciela pracodawcy. Ogólne informacje o świadczeniach dla osób niepełnosprawnych podano na stronie www.wcb.ny.gov. Można też zadzwonić do Disability Benefits Bureau przy Board, pod numer (877) 632-4996.

Powiadomienie Zgodnie z nowojorską ustawą o ochronie prywatności osobistej (Art. 6-A Ustawy o Funkcjonariuszach Publicznych) i Federalną Ustawą o Ochronie Prywatności z 1974 r. (5 USC § 552a). The Workers' Compensation Board's [Urząd Rady ds. Wynagrodzeń Pracowników] (Rada) ma prawo do uzyskania danych osobowych roszczeniodawcy, w tym jego numeru Social Security, na podstawie uprawnień Rady wynikających z Workers' Compensation Law [Ustawa o Odszkodowaniach Pracowniczych] (WCL) § 20, a uprawnienia administracyjne wynikają z WCL § 142. Informacje te są gromadzone, aby pomóc Radzie przeprowadzić dochodzenie i załatwić roszczenia w najbardziej godny sposób oraz utrzymać dokładne zapisy roszczeń. Podanie numeru Social Security Radzie jest dobrowolne. Nie ma kary za niepodanie numeru Social Security w tym formularzu; nie spowoduje to odmowy roszczenia ani zmniejszenia świadczeń. Rada będzie chronić poufność wszystkich posiadanych przez siebie danych osobowych, ujawniając je wyłącznie w celu wypełniania obowiązków służbowych i zgodnie z obowiązującym prawem stanowym i federalnym.

INFORMACJE HIPAA – W celu rozstrzygnięcia roszczenia o odszkodowanie dla pracownika lub roszczenia z tytułu niepełnosprawności, WCL 13-a(4)(a) i 12 NYCRR 325-1.3 wymagają od świadczeniodawców opieki zdrowotnej zdrowia regularnego składania do Rady i ubezpieczyciela pracodawców raportów medycznych dotyczących leczenia. Zgodnie z 45 CFR 164.512 te wymagane prawem raporty medyczne są zwolnione z ograniczeń HIPAA dotyczących ujawniania informacji zdrowotnych.

Ujawnianie informacji: Bez zgody roszczeniodawcy Rada nie ujawnia żadnych informacji o sprawie roszczeniodawcy żadnej nieuprawnionej stronie. Jeśli roszczeniodawca wyrazi zgodę na ujawnienie takich informacji stronie nieuprawnionej, roszczeniodawca musi dostarczyć do Rady oryginalny podpisany formularz OC-110A „Upoważnienie roszczeniodawcy do ujawnienia rejestrów odszkodowań pracowniczych”. Formularz ten jest dostępny na stronie WCB (www.wcb.ny.gov) i można uzyskać do niego dostęp, klikając link „Forms”. Jeśli roszczeniodawca nie ma dostępu do Internetu, może zadzwonić pod numer (877) 632-4996 lub odwiedzić nasze najbliższe Customer Service Center, aby otrzymać egzemplarz formularza. Zamiast formularza OC-110A, można również przekazać oryginał podpisanego, poświadzonego notarialnie pisma uprawniającego.

Pracodawca lub ubezpieczyciel bądź jakikolwiek pracownik, agent albo osoba działająca w imieniu pracodawcy lub ubezpieczyciela, KTÓRA ŚWIADOMIE SKŁADA FAŁSZYWE OŚWIADCZENIE LUB TWIERDZENIE dotyczące istotnego faktu w trakcie zgłaszania, badania lub korekty roszczenia o jakiegokolwiek świadczenie lub płatność na podstawie niniejszego rozdziału dla celu uniknięcia zapewnienia takiej płatności lub świadczenia JEST WINNA PRZESTĘPSTWA ORAZ PODLEGA ZNACZNYM KAROM PIENIĘŻNYM I KARZE POZBAWIENIA WOLNOŚCI.