



# ZAWIADOMIENIE I DOWÓD WYSTĄPIENIA O ZASIŁEK Z TYTUŁU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Stan Nowy Jork

Tego formularza należy użyć w przypadku utraty pełnosprawności w trakcie zatrudnienia lub w ciągu czterech (4) tygodni od rozwiązania stosunku pracy ALBO po okresie bezrobocia dłuższym niż cztery (4) tygodnie. Należy odpowiedzieć na wszystkie pytania w części A oraz pytania od 1 do 3 w części B. Należy uważnie przeczytać wszystkie instrukcje w tym formularzu. Dostawcy opieki medycznej muszą wypełnić część B na stronie 2.

## CZĘŚĆ A – INFORMACJE O WNIOSKODAWCY (Wypełnić drukowanymi literami lub komputerowo)

1. Nazwisko: \_\_\_\_\_ Imię: \_\_\_\_\_ Drugie imię: \_\_\_\_\_
2. Adres do korespondencji: \_\_\_\_\_ 2 wiersz: \_\_\_\_\_  
 Miasto: \_\_\_\_\_ Stan: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_ Kraj: \_\_\_\_\_
3. Nr tel. dziennego: \_\_\_\_\_ 4. Adres e-mail: \_\_\_\_\_
5. Nr ubezpieczenia społecznego: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 6. Data urodzenia: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 7. Płeć:  Mężczyzna  Kobieta
8. Moja niepełnosprawność to (w przypadku obrażeń cielesnych podać, jak, kiedy i gdzie je odniesiono): \_\_\_\_\_

9. Jestem osobą niepełnosprawną lub nieuprawnioną do zasiłku dla bezrobotnych z powodu tej niepełnosprawności od: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Pracowałem/pracowałam w tym dniu:  Tak  Nie  
 Czy odzyskał Pan / odzyskała Pani pełnosprawność?  Tak  Nie Jeśli „Tak”, to od jakiej daty był Pan / była Pani w stanie pracować: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Czy od tego czasu pracował Pan / pracowała Pani zarobkowo?  Tak  Nie Jeśli „Tak”, proszę podać daty: \_\_\_\_\_

10. Proszę podać nazwę ostatniego pracodawcy. W przypadku więcej niż jednego pracodawcy w ciągu ostatnich ośmiu (8) tygodni należy podać nazwy wszystkich pracodawców. Średnia tygodniowa z wszystkich płac z ostatnich ośmiu (8) przepracowanych tygodni.

OSTATNI PRACODAWCA			OKRES ZATRUDNIENIA			Średnia płaca tygodniowa (uwzględnić premie, napiwki, prowizje, uzasadnioną wartość wyżywienia, czynsz itd.)
Firma lub nazwa handlowa	Adres	Nr telefonu	Pierwszy dzień	Ostatni przepracowany dzień		
			M D R	M D R		
INNY PRACODAWCA (w ciągu ostatnich ośmiu (8) tygodni)			OKRES ZATRUDNIENIA			Średnia płaca tygodniowa (uwzględnić premie, napiwki, prowizje, uzasadnioną wartość wyżywienia, czynsz itd.)
Firma lub nazwa handlowa	Adres	Nr telefonu	Pierwszy dzień	Ostatni przepracowany dzień		
			M D R	M D R		
			M D R	M D R		

11. Moje obecne lub poprzednie zatrudnienie \_\_\_\_\_ 12. Członek związku:  Tak  Nie Jeśli „Tak”: \_\_\_\_\_  
Zawód Nazwa związku lub numer miejscowy

13. Czy wnioskodawca występował o lub otrzymywał zasiłek dla bezrobotnych przed utratą pełnosprawności?  Tak  Nie  
 Jeśli wnioskodawca **nie** występował lub występował o zasiłek dla bezrobotnych, ale go **nie** otrzymał po OSTATNIM PRZEPRACOWANYM DNIU, należy wyjaśnić wszystkie powody: \_\_\_\_\_

14. W okresie niepełnosprawności objętym tym wnioskiem:  
 A. Czy **otrzymuje** Pan/Pani płace, wynagrodzenia lub dodatki za rozłąkę:  Tak  Nie  
 B. Czy **otrzymuje** lub **występuje** Pan/Pani o:  
 1. Odszkodowanie pracownicze za utratę pełnosprawności w związku z pracą:  Tak  Nie  
 2. Płatny urlop rodzinny:  Tak  Nie  
 3. Wypadek pojazdów mechanicznych bez winy (zaznaczyć pole):  Tak  Nie lub obrażenia cielesne z udziałem podmiotów trzecich (zaznaczyć pole):  Tak  Nie  
 4. Zasiłek z tytułu długotrwałej niepełnosprawności na podstawie federalnej ustawy o ubezpieczeniu społecznym (Social Security Act) w zakresie utraty pełnosprawności:  Tak  Nie

JEŚLI ZAZNACZONO ODPOWIEŹ „TAK” W KTÓRYMKOLWIEK PUNKCIE SEKCJI 14, NALEŻY PODAĆ NASTĘPUJĄCE INFORMACJE:

Mam:  otrzymano  wnioskowano od: \_\_\_\_\_ za okres: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ do: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

15. Czy w ciągu roku (52 tygodnie) **przed** utratą pełnosprawności otrzymał Pan / otrzymała Pani zasiłek dla osób niepełnosprawnych za inne okresy niepełnosprawności?  Tak  Nie

Jeśli „Tak”, proszę wypełnić poniższe pola: Płatnik: \_\_\_\_\_ od: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ do: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

16. Czy w ciągu roku (52 tygodni) **przed** utratą pełnosprawności otrzymał Pan / otrzymała Pani płatny urlop rodzinny?  Tak  Nie

Jeśli „Tak”, proszę wypełnić poniższe pola: Płatnik: \_\_\_\_\_ od: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ do: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Niniejszym wnioskuję o zasiłek dla osób niepełnosprawnych i poświadczam, że w okresie objętym tym wnioskiem byłem niepełnosprawny / byłam niepełnosprawna. Jeśli moja niepełnosprawność zaczęła się w okresie braku zatrudnienia, poświadczam, że byłem bezrobotny / byłam bezrobotna przez ponad cztery (4) tygodnie. Zapoznałem/zapoznałam się z instrukcjami na stronie 2 niniejszego formularza i powyższymi oświadczeniami, włącznie z wszelkimi oświadczeniami towarzyszącymi, są one według mojej najlepszej wiedzy prawdziwe i kompletne.

**Podpis wnioskodawcy** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_  
 Inna osoba może się podpisać w imieniu wnioskodawcy tylko wówczas, gdy ma do tego prawne upoważnienie i gdy wnioskodawca jest niepełnoletni, niepełnosprawny umyślowo lub ubezwłasnowolniony. W przypadku podpisania przez osobę inną niż wnioskodawca należy wydrukować poniższe informacje i wypełnić oraz złożyć formularz OC-110A, Zgoda wnioskodawcy na ujawnienie dokumentacji dot. odszkodowania pracowniczego (Claimant's Authorization to Disclose Workers' Compensation Records).

W imieniu wnioskodawcy

Adres

Relacja z wnioskodawcą

**CZĘŚĆ B – OŚWIADCZENIE DOSTAWCY USŁUG MEDYCZNYCH** (Wypełnić drukowanymi literami lub komputerowo)

**OŚWIADCZENIE DOSTAWCY USŁUG MEDYCZNYCH MUSI BYĆ WYPEŁNIONE W CAŁOŚCI. DOSTAWCA USŁUG MEDYCZNYCH MUSI WYPEŁNIĆ TEN FORMULARZ I ZWRÓCIĆ GO WNIOSKODAWCY W CIĄGU SIEDMIU (7) DNI OD OTRZYMANIA.** W punkcie 7-d należy podać szacowaną datę. Jeśli niepełnosprawność została spowodowana lub wynikała z związku z ciążą, należy w punkcie 9 podać szacowaną datę porodu. **NIEPEŁNE ODPOWIEDZI MOGĄ OPÓZNIĆ WYPŁATĘ ZASIŁKU.**

1. Nazwisko: \_\_\_\_\_ Imię: \_\_\_\_\_ Drugie imię: \_\_\_\_\_

2. Płeć:  Mężczyzna  Kobieta 3. Data urodzenia: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

4. Diagnoza/analiza: \_\_\_\_\_ Kod diagnozy: \_\_\_\_\_

a. Objawy wnioskodawcy: \_\_\_\_\_

b. Obiektywne \_\_\_\_\_

5. Wnioskodawca hospitalizowany?:  Tak  Nie Od: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Db: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

6. Wskazana operacja?:  Tak  Nie a. Typ \_\_\_\_\_ b. Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

7. PROSZĘ WPISAĆ NASTĘPUJĄCE DATY	MIESIĄC	DZIEŃ	ROK
a. Data pierwszego leczenia tej niepełnosprawności			
b. Data ostatniego leczenia tej niepełnosprawności			
c. Data, od której wnioskodawca nie był w stanie pracować z powodu tej niepełnosprawności			
d. Data, od której wnioskodawca znowu będzie w stanie wykonywać pracę (Nawet w przypadku wątpliwości proszę oszacować datę. Proszę unikać pojęć takich jak „nieznana” lub „nieokreślona”).			
e. W przypadku ciąży należy zaznaczyć pole i wpisać datę <input type="checkbox"/> szacowana data porodu LUB <input type="checkbox"/> faktyczna data porodu			

8. Czy według Pana/Pani opinii niepełnosprawność ta jest skutkiem obrażeń wynikłych z i w trakcie zatrudnienia lub choroby zawodowej?

Tak  Nie Jeśli „Tak”, czy formularz C-4 został wypełniony dla komisji?  Tak  Nie

**Oświadczam, że jestem:**

\_\_\_\_\_  
(lekarz, kręgarz, dentysta, podiatra, psycholog, pielęgniarka-polożna)      Licencja ze stanu      Numer licencji

\_\_\_\_\_  
Nazwisko dostawcy usług medycznych drukowanymi literami      Podpis dostawcy usług medycznych      Data

\_\_\_\_\_  
Adres dostawcy usług medycznych      Nr tel.

**WNIOSKODAWCA: PROSZĘ UWAGAŃIE PRZECZYTAĆ TE INSTRUKCJE**

**UWAGA: Nie wolno datować i składać tego formularza przed podaną pierwszą datą utraty pełnosprawności. Aby wniosek został rozpatrzony, części A i B muszą być wypełnione.**

1. W przypadku wypełniania tego formularza z powodu utraty pełnosprawności **w trakcie zatrudnienia lub w ciągu czterech (4) tygodni od rozwiązania stosunku pracy** wypełniony wniosek należy przesłać pocztą **w ciągu trzydziestu (30) dni do pracodawcy lub ubezpieczyciela ostatniego pracodawcy**. Ubezpieczyciela pracodawcy od niepełnosprawności można znaleźć na stronie internetowej Komisji ds. Oszkodowań Pracowniczych (Workers Compensation Board) za pomocą wyszukiwarki ubezpieczenia dla pracodawców (Employer Coverage Search).

2. W przypadku wypełnienia tego formularza z powodu utraty **pełnosprawności po okresie bezrobocia dłuższym niż cztery (4) tygodnie** wypełniony wniosek należy przesłać pocztą na adres: **Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau, 328 State Street, Schenectady, NY 12305**. Jeśli odpowiedź na pytanie 14.B.3 brzmi „Tak”, należy wypełnić i załączyć formularz DB-450.1.

W przypadku jakichkolwiek pytań na temat występowania o zasiłek z tytułu niepełnosprawności można się skontaktować z biurem ds. zasiłków z tytułu niepełnosprawności (Disability Benefits Bureau) działającym przy komisji pod numerem telefonu (800) 353-3092. Dodatkowe informacje można znaleźć na stronie internetowej komisji: [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov), można również napisać do biura ds. zasiłków z tytułu niepełnosprawności na adres podany wyżej.

**Powiadomienie zgodne z ustawą o ochronie danych osobowych stanu Nowy Jork (New York Personal Privacy Protection Law) artykuł 6-A ustawy o urzędnikach publicznych oraz federalną ustawą o prywatności (Federal Privacy Act) z 1974 roku (5 U.S.C. § 552a).**

Prawo Komisji ds. Oszkodowań Pracowniczych (Komisja) do żądania od wnioskodawców podania danych osobowych, w tym numeru ubezpieczenia społecznego, wynika z uprawnienia do prowadzenia dochodzenia przez Komisję na mocy § 20 ustawy o odszkodowaniach pracowniczych (Workers' Compensation Law, WCL) oraz jej władzy administracyjnej zgodnie z § 142 WCL. Informacje te są gromadzone w celu zapewnienia pomocy Komisji podczas dochodzenia i zarządzania wnioskami w najbardziej korzystny sposób oraz jako pomoc w utrzymaniu rzetelnej dokumentacji dotyczącej wniosku. Podanie numeru ubezpieczenia społecznego Komisji jest dobrowolne. W przypadku braku numeru ubezpieczenia społecznego na tym formularzu nie jest nakładana żadna kara; nie będzie to skutkowało odrzuceniem wniosku ani zmniejszeniem zasiłku. Komisja będzie chronić poufność wszystkich danych osobowych, które znajdują się w jej posiadaniu, ujawniając je wyłącznie w procesie wypełniania oficjalnych obowiązków oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami stanowymi i federalnymi.

**POWIADOMIENIE ZGODNE Z USTAWĄ HIPAA** – W celu rozpatrzenia wniosku o odszkodowanie pracownicze lub zasiłek z tytułu niepełnosprawności, zgodnie z przepisami ustaw WCL 13-a(4)(a) oraz 12 NYCRR 325-1.3, jest wymagane, aby dostawcy usług medycznych regularnie wypełniali raporty medyczne lub lecznicze dla Komisji oraz ubezpieczyciela lub pracodawcy. Zgodnie z artykułem 45 CFR 164.512 te wymagane przez prawo raporty medyczne są zwolnione z ograniczeń nakładanych przez ustawę HIPAA na ujawnianie informacji zdrowotnych.

**Ujawnienie informacji:** Komisja nie ujawnia żadnych informacji na temat sprawy żadnej nieupoważnionej stronie bez uzyskania zgody. W przypadku zgody na ujawnienie informacji nieupoważnionej stronie należy złożyć oryginalny, podpisany formularz OC-110A, Zgoda wnioskodawcy na ujawnienie dokumentacji dot. odszkodowania pracowniczego (Claimant's Authorization to Disclose Workers' Compensation Records) przed Komisją lub w formie oryginalnego, podpisanego, poświadczonego notarialnie pisma ze zgodą. Można się skontaktować telefonicznie z lokalnym biurem WCB w celu przesłania formularza OC-110 A lub pobrać go ze strony internetowej [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov). Można go znaleźć w części formularze (Forms) na stronie internetowej „List of All Common Workers' Compensation Board Forms”. Wypełniony formularz zgody należy wysłać na adres podany powyżej.

Pracodawca lub ubezpieczyciel, dowolny pracownik, pośrednik lub osoba działająca w imieniu pracodawcy lub ubezpieczyciela, która ŚWIADOMIE SKŁADA FAŁSZYWE ZEZNANIA LUB OŚWIADCZENIA w ramach istotnych faktów dotyczących zgłoszenia, dochodzenia lub korekty wniosku o dowolne świadczenie lub płatność zgodnie z tym rozdziałem w celu uniknięcia płatności lub świadczenia, BĘDZIE UZNANA WINNĄ PRZESTĘPSTWA I BĘDZIE PODLEGAĆ POWAŻNYM GRZYWNOM I KARZE WIĘZIENIA.