

NOTIFICA E PROVA DELLA RICHIESTA DI SUSSIDI DI INVALIDITÀ**Come richiedere i sussidi di invalidità**

Non invii il presente modulo in data anteriore al primo giorno della sua invalidità. Deve inviare il suo modulo di richiesta compilato entro **30 giorni solari dal primo giorno della sua invalidità** per evitare di perdere i sussidi. Conservi una copia di tutti i moduli e della documentazione per suo riferimento.

1. Qualora stia utilizzando il presente modulo perché è divenuto/a invalido/a **durante un rapporto lavorativo** o **entro quattro (4) settimane dalla cessazione di un rapporto lavorativo**, deve inviare la sua richiesta compilata al suo datore di lavoro o alla compagnia assicurativa del suo ultimo datore di lavoro. Può trovare la compagnia assicurativa del suo datore di lavoro sul sito della Workers' Compensation Board, www.wcb.ny.gov, utilizzando lo strumento Employer Coverage Search (Ricerca della copertura del datore di lavoro).
2. Qualora stia utilizzando il presente modulo perché è divenuto/a **invalido/a dopo un periodo di disoccupazione di oltre quattro (4) settimane dopo la cessazione di un rapporto di lavoro**, DEVE spedire la sua richiesta compilata all'indirizzo: **Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029**. Se ha risposto "SI" alla domanda 13.B.4, compili e alleggi il modulo DB-450.1.

Nota: il presente modulo ha una sezione che deve essere compilata dal suo fornitore di assistenza sanitaria, e una sezione che deve essere compilata dal suo datore di lavoro. Prima di fornire il modulo al suo datore di lavoro, compili la sezione a lei pertinente e ne faccia una copia da conservare.

- Il fornitore di assistenza sanitaria è tenuto a restituirle entro sette giorni il modulo con la Parte B compilata. In caso di ritardi, deve attendere a inviare il modulo alla sua compagnia assicurativa. Se la Parte B non è completa (o riporta risposte incomplete), potrebbe verificarsi un ritardo nell'erogazione dei sussidi.
- Il suo datore di lavoro è tenuto a restituirle entro tre giorni lavorativi la Parte C compilata. In caso di ritardi, non deve attendere per procedere: può inviare il modulo alla sua compagnia assicurativa, che non può negare la sua richiesta di sussidi di invalidità esclusivamente a causa della mancata compilazione della sezione pertinente da parte del datore di lavoro.

Informazioni importanti:

Riceverà una risposta entro 18 giorni dal suo primo giorno di congedo per invalidità o dalla ricezione della sua richiesta compilata da parte del datore di lavoro o della compagnia assicurativa, se successiva. Se la sua richiesta di indennità viene rigettata, riceverà una Notifica del rifiuto della richiesta di sussidi di invalidità (*Notice of Denial of Claim for Disability Benefits, modulo DB-DEN*) o una Notifica del rigetto totale o parziale della richiesta di sussidi di invalidità (*Notice of Total or Partial Rejection of Claim for Disability Benefits, modulo DB-451*). Se riceve un modulo DB-DEN, riceverà un modulo DB-451 con informazioni aggiuntive entro 45 giorni dal suo primo giorno di congedo per invalidità o dalla ricezione della sua richiesta compilata da parte del datore di lavoro o della compagnia assicurativa, se successiva.

Qualora non ricevesse una risposta entro 18 giorni (o il modulo DB-451 entro 45 giorni), o in caso di domande sulla sua richiesta di sussidi di invalidità, contatti la compagnia assicurativa del suo datore di lavoro. Per informazioni generali sui sussidi di invalidità, visiti il sito www.wcb.ny.gov o contatti il Disability Benefits Bureau (Ufficio per i sussidi di invalidità) della WCB al numero (877) 632-4996.

Istruzioni per la Notifica e prova della richiesta di sussidi di invalidità (Notice and Proof of Claim for Disability Benefits, modulo DB-450)**PARTE A - INFORMAZIONI DEL/DELLA DIPENDENTE** (compilazione a carico del/della dipendente)

Deve rispondere a tutte le domande presenti in questa parte.

Domanda 9: inserisca la stima migliore della retribuzione settimanale lorda media. Compili la tabella utilizzando le retribuzioni lorde del suo ultimo datore di lavoro prima dell'invalidità. Se ha avuto più di un datore di lavoro nelle 8 settimane precedenti alla sua invalidità, includa anche le informazioni di tutte le retribuzioni di questi datori di lavoro.

Passo 1: aggiunga tutte le retribuzioni lorde ricevute (prima di eventuali detrazioni) nel corso delle ultime otto settimane precedenti al primo giorno di invalidità, inclusi straordinari e mance percepiti. (Consulti il Passo 3 per le istruzioni su come calcolare bonus e/o commissioni.)

Passo 2: divida le retribuzioni lorde calcolate nel Passo 1 per otto (o per il numero di settimane in cui ha lavorato se inferiori a otto) per calcolare la retribuzione settimanale media.

Passo 3: se ha ricevuto bonus e/o commissioni durante le 52 settimane precedenti al primo giorno di invalidità, aggiunga l'importo settimanale proporzionale alla retribuzione settimanale media. Per determinare l'importo settimanale proporzionale, aggiunga tutti i bonus e/o le commissioni percepiti nelle 52 settimane precedenti e poi divida per 52.

PARTE B - DICHIARAZIONE DEL FORNITORE DI ASSISTENZA SANITARIA (compilazione a carico del fornitore di assistenza sanitaria)

Il fornitore di assistenza sanitaria deve compilare per intero la presente dichiarazione e restituirla entro sette giorni dalla ricezione di questo modulo.

PARTE C - INFORMAZIONI DEL DATORE DI LAVORO (compilazione a carico del datore di lavoro)

Il datore di lavoro deve completare questa parte e restituire il modulo al/della dipendente entro tre giorni lavorativi dalla ricezione.

Domanda 6: se le retribuzioni sono proseguite durante l'invalidità, indichi nello specifico il modo in cui sono state erogate: tramite prosecuzione della retribuzione, utilizzo di permessi retribuiti, permessi per malattia, ecc.

Domanda 8: inserisca le retribuzioni percepite dal/dalla dipendente durante le ultime otto settimane precedenti al primo giorno di invalidità. L'importo lordo corrisposto rappresenta la paga settimanale lorda del/della dipendente, inclusi eventuali straordinari o mance percepiti per quella settimana, più l'importo proporzionale settimanale di eventuali bonus o commissioni ricevuti durante le precedenti 52 settimane. (Per la procedura dettagliata, consulti la Domanda 9 nelle istruzioni della Parte A). Calcoli la retribuzione settimanale media lorda aggiungendo gli importi lordi corrisposti, e poi divida il totale per otto (o per il numero di settimane lavorate se inferiori a otto).

NOTIFICA E PROVA DELLA RICHIESTA DI SUSSIDI DI INVALIDITÀ

PARTE A - INFORMAZIONI DEL/DELLA RICHIEDENTE (stampato o a mano)

1. Cognome: _____ Nome: _____ Iniz. 2° nome: _____

2. Indirizzo postale (via e app. n.): _____

Città: _____ Stato: _____ Codice postale: _____

3. N. telefonico a cui essere contattati: _____ Indirizzo e-mail: _____

4. N. di previdenza sociale: _____ - _____ - _____ 5. Data di nascita: ____ / ____ / _____ 6. Gene M F X7. Fornisca una descrizione della sua invalidità (se si tratta di un infortunio, indichi anche le modalità, la data e il luogo in cui è avvenuto):

_____8. Data in cui è divenuto/a invalido/a: ____ / ____ / _____ Ha lavorato quel giorno?: Sì NoÈ guarito/a da detta invalidità?: Sì No Se "Sì", indichi la data in cui è riuscito/a a tornare al lavoro: ____ / ____ / _____Da quel momento ha svolto attività lavorative retribuite?: Sì No Se "Sì", stili un elenco delle date: _____

9. Nome dell'ultimo datore di lavoro prima dell'invalidità. In caso di più di un datore di lavoro nelle precedenti otto (8) settimane, ne indichi tutti i nominativi. La retribuzione settimanale media si basa su tutte le retribuzioni percepite nelle ultime otto (8) settimane di lavoro.

ULTIMO/I DATORE/I DI LAVORO PRIMA DELL'INVALIDITÀ			PERIODO DEL RAPPORTO LAVORATIVO		Retribuzione settimanale media (includa bonus, mance, commissioni, vitto/alloggio di valore ragionevole, affitti, ecc.)
Ragione o denominazione sociale	Indirizzo	Numero di telefono	Primo giorno (MM/GG/AAAA)	Ultimo giorno di lavoro (MM/GG/AAAA)	

Inserisca di seguito le retribuzioni totali percepite nelle ultime 8 settimane precedenti al primo giorno di invalidità (includa le retribuzioni per tutti i datori di lavoro elencati in precedenza)

Settimana n.	Ultimo giorno di lavoro (MM/GG/AAAA)	N. di giorni di lavoro	Importo lordo corrisposto
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
		Retribuzione settimanale media lorda calcolata:	

10. Il mio lavoro è o era: _____ Professione
11. Fa parte di un sindacat Sì No Se "Sì": _____ Nome del sindacato o numero locale12. Aveva richiesto o stava percependo sussidi di disoccupazione prima di detta invalidità? Sì NoSe non aveva richiesto o se aveva richiesto ma non percepiva sussidi di disoccupazione dopo L'ULTIMO GIORNO DI LAVORO, ne spieghi in maniera esauriente i motivi: _____
_____Se percepiva sussidi di disoccupazione, indichi tutti i periodi in cui ne ha usufruito: _____

PARTE A - INFORMAZIONI DEL/DELLA RICHIEDENTE (stampato o a mano)

13. Per il periodo di invalidità coperto dalla presente richiesta:

A. Sta percependo stipendi, salari o indennità di fine rapporto? Sì No

B. Sta percependo o aveva richiesto:

1. Sussidi di disoccupazione? Sì No 2. Un congedo parentale retribuito? Sì No3. Un'indennità per un'invalidità collegata a un infortunio sul lavoro? Sì No4. Un'indennità per sinistro stradale senza responsabilità? Sì No o per un infortunio personale con coinvolgimento di terzi?
 Sì No5. Sussidi di invalidità a lungo termine ai sensi della Federal Social Security Act per detta invalidità? Sì No**SE SPUNTA LA CASELLA "SÌ" PER UNA DELLE VOCI AL PUNTO 13, COMPILI LE SEGUENTI INFORMAZIONI:**Ho: percepito da richiesto a: _____ per il periodo dal: ___ / ___ / _____ al: ___ / ___ / _____14. Nel corso dell'anno (52 settimane) precedente all'inizio della sua invalidità, ha percepito sussidi relativi ad altri periodi di invalidità?
 Sì No

Se "Sì", erogati da: _____ dal: ___ / ___ / _____ al: ___ / ___ / _____

15. Nel corso dell'anno (52 settimane) precedente all'inizio della sua invalidità, ha percepito un congedo parentale retribuito? Sì No

Se "Sì", erogato da: _____ dal: ___ / ___ / _____ al: ___ / ___ / _____

16. Se è divenuto/a invalido/a durante un rapporto lavorativo o entro quattro settimane dal suo ultimo giorno di lavoro, il suo datore ha provveduto a informarla sui suoi diritti ai sensi della Disability Law entro 5 giorni dalla notifica o dalla richiesta da parte sua dei moduli relativi all'invalidità? Sì No

Con la presente richiedo i sussidi di invalidità e certifico di essere stato/a invalido/a per il periodo coperto dalla presente richiesta. Ho letto le istruzioni riportate nel presente modulo e certifico l'autenticità e la completezza delle dichiarazioni esposte in precedenza, incluse eventuali dichiarazioni allegate, per quanto a mia conoscenza.

Firma del/della richiedente

Data

È ammissibile la firma di un'altra persona per conto del/della richiedente soltanto nel caso in cui tale persona sia legalmente autorizzata e il/la richiedente sia minorenne, mentalmente incapace o impossibilitato/a. Se non è il/la richiedente a firmare, compilare le informazioni sottostanti e presentare il modulo OC-110A, "Claimant's Authorization to Disclose Workers' Compensation Records" (Autorizzazione del/della richiedente alla divulgazione dei documenti relativi all'indennità per infortuni sul lavoro).

Per conto del/della richiedente

Indirizzo

Rapporto esistente con il/la richiedente

PARTE B - DICHIARAZIONE DEL FORNITORE DI ASSISTENZA SANITARIA (stampato o a mano)**LA DICHIARAZIONE DEL FORNITORE DI ASSISTENZA SANITARIA DEVE ESSERE COMPILATA IN TUTTE LE SUE PARTI. IL FORNITORE DI ASSISTENZA SANITARIA RESPONSABILE DEVE COMPILARE IL PRESENTE MODULO E RESTITUIRLO AL/ALLA RICHIEDENTE ENTRO SETTE (7) GIORNI DALLA SUA RICEZIONE.** Se l'invalidità è causata da una gravidanza o emerge in relazione a essa, inserire la data presunta del parto alla voce 7-e. **RISPOSTE INCOMPLETE POSSONO RITARDARE L'EROGAZIONE DEI SUSSIDI.**

1. Cognome: _____ Nome: _____ Iniz. 2° nome: _____

2. Genere: M F X 3. Data di nascita: ___ / ___ / _____

4. Diagnosi/analisi: _____ Codice diagnosi: _____

a. Sintomi del/della richiedente: _____

b. Riscontri oggettivi: _____

5. Il/la richiedente è stato ricoverato/a?: Sì No dal: ___ / ___ / _____ al: ___ / ___ / _____6. È stato consigliato un intervento?: Sì No a. Tipo _____ b. Data ___ / ___ / _____

7. INSERISCA LE DATE PER LE SEGUENTI VOCI	MESE	GIORNO	ANNO
a. Data del primo trattamento per detta invalidità			
b. Data del trattamento più recente per detta invalidità			
c. Data da cui il/la richiedente non è stato/a in grado di lavorare a causa di detta invalidità			
d. Data da cui il/la richiedente sarà di nuovo in grado di lavorare (anche se esiste un notevole dubbio, fornisca una data. Eviti l'uso di termini come "ignota" o "indeterminata".)			
e. Se correlata a una gravidanza, spunti la casella e inserisca la data <input type="checkbox"/> data presunta del parto O <input type="checkbox"/> data effettiva del parto			

8. Secondo lei, l'invalidità è il risultato di un infortunio derivante dal lavoro svolto e nel corso del rapporto lavorativo oppure da malattie professionali?
 Sì No Se "Sì", la documentazione medica è stata presentata alla WCB? Sì No**Certifico di essere un/una:**

(medico, chiropratico/a, dentista, podologo/a, psicologo/a, ostetrico/a)

Autorizzato/a

Numero di licenza

Nome stampato del fornitore di assistenza sanitaria

Firma del fornitore di assistenza sanitaria

Data

Indirizzo del fornitore di assistenza sanitaria

N. di telefono

1. Denominazione sociale completa e indirizzo postale dell'attività

Ragione sociale _____

Indirizzo postale _____

Città, Stato _____

Codice postale _____

Paese (se diverso dagli Stati Uniti) _____

2. FEIN del datore di lavoro: _____

3. Recapiti:

Nome del contatto del datore di lavoro per domande relative all'invalidità: _____

Recapito telefonico del datore di lavoro: _____

Indirizzo e-mail del datore di lavoro: _____

4. Il/la dipendente fa parte di un sindacato che offre sussidi di invalidità previsti per legge? Sì No

*Se "Sì", indichi il nome, l'indirizzo e i recapiti del sindacato _____

5. Informazioni del/della dipendente:

Ruolo del/della dipendente: Dipendente Proprietario/a Socio/a Coniuge del datore di lavoro Titolare Contitolare

Data di assunzione del/della dipendente (MM/GG/AAAA): _____

Data dell'ultimo giorno di lavoro del/della dipendente: _____

Data di ritorno al lavoro del/della dipendente (se pertinente): _____

6. Le retribuzioni sono proseguite durante l'invalidità? Sì No

Se "Sì", quale tipo? (Permessi retribuiti, permessi per malattia, altro): _____

Se "Sì", è richiesto il rimborso dal datore di lavoro? Sì No

*Il rimborso è disponibile esclusivamente se il datore di lavoro ha continuato a corrispondere il salario durante l'invalidità o se il/la dipendente ha usufruito di permessi per malattia

7. L'invalidità del/della dipendente è correlata al lavoro? Sì No

8. Inserisca le ultime 8 settimane di retribuzioni lorde per il/la dipendente subito prima dell'invalidità a partire dalla settimana in cui è iniziata l'invalidità, e calcoli la retribuzione settimanale media lorda (includa bonus, mance, commissioni, vitto/alloggio di valore ragionevole, affitti, ecc. e consulti le istruzioni per maggiori informazioni)

Settimana n.	Data di fine della settimana (MM/GG/AAAA)	N. di giorni di lavoro	Importo lordo corrisposto
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
		Retribuzione settimanale media lorda calcolata:	

9. Nelle precedenti 52 settimane il/la dipendente ha preso un congedo per:

Invalidità dello Stato di New York Congedo parentale retribuito (PFL) Sia invalidità che PFL Nessuno

Invalidità: indichi le date specifiche dell'invalidità _____

PFL: indichi le date specifiche del PFL _____

10. Il/la dipendente è ancora alle sue dipendenze? Sì No

Se "No", data in cui è stato risolto il contratto: _____

11. Se il/la dipendente ha ricevuto sussidi di disoccupazione, ultima data in cui il sussidio è stato percepito: _____

PARTE C - INFORMAZIONI DEL DATORE DI LAVORO (compilazione a carico del datore di lavoro)

Ho letto e prendo atto delle informazioni sulle dichiarazioni fraudolente riportate di seguito e confermo che, per quanto a mia conoscenza, le informazioni da me fornite sono vere e accurate.

Nome e titolo del datore di lavoro: _____

Firma del datore di lavoro: _____

Recapito telefonico del datore di lavoro: _____

Data: _____

Notifica ai sensi della New York Personal Privacy Protection Law (Public Officers Law Article 6-A) e della Federal Privacy Act of 1974 (5 U.S.C. § 552a). L'autorità della Workers' Compensation Board ("WCB") di esigere le informazioni personali, incluso il numero di previdenza sociale, dei richiedenti deriva dall'autorità istruttoria ai sensi della Normativa in materia di infortuni sul lavoro (*Workers' Compensation Law, WCL*) § 20, e dall'autorità amministrativa ai sensi della WCL § 142. Si acquisiscono queste informazioni per consentire alla WCB di indagare e gestire le richieste di indennità il più rapidamente possibile, e di conservarne registri accurati. La comunicazione del numero di previdenza sociale alla WCB è volontaria. Non sono previste sanzioni per la mancata comunicazione del numero di previdenza sociale, né ciò determina il rigetto della richiesta di indennità o la riduzione dei sussidi. La WCB protegge la riservatezza di tutte le informazioni personali in proprio possesso e le divulga esclusivamente per assolvere ai propri doveri d'ufficio e in ottemperanza alle normative statali e federali vigenti.

INFORMATIVA HIPAA - Al fine di pronunciarsi su una richiesta di indennità per infortuni sul lavoro o su una richiesta per sussidi di invalidità, la WCL 13-a(4)(a) e la normativa 12 NYCRR 325-1.3 richiedono ai fornitori di assistenza sanitaria di presentare regolarmente referti medici alla WCB e alla compagnia assicurativa o al datore di lavoro. Ai sensi della normativa 45 CFR 164.512 tali referti medici legalmente richiesti sono esenti dalle limitazioni dell'informativa HIPAA sulla divulgazione delle informazioni sanitarie.

Divulgazione delle informazioni: La WCB non condividerà le informazioni relative alla sua pratica con terzi non autorizzati senza il suo consenso. Qualora decidesse di condividere tali informazioni con terzi non autorizzati, dovrà presentare alla WCB un modulo OC-110A, "Claimant's Authorization to Disclose Workers' Compensation Records" (Autorizzazione dell/della richiedente alla divulgazione dei documenti relativi all'indennità per infortuni sul lavoro) con firma olografa. Il suddetto modulo è disponibile sul sito della WCB (www.wcb.ny.gov) facendo clic sul collegamento denominato "Forms" (Modulistica). Se non ha accesso a Internet, chiami il numero (877) 632-4996. Al posto del modulo OC-110A, può anche presentare una lettera di autorizzazione autenticata con firma olografa.

RICONOSCIMENTO DELLE DICHIARAZIONI FRAUDOLENTE - Un datore di lavoro o una compagnia assicurativa, oppure un qualsiasi dipendente, agente o persona che agisca per conto di un datore di lavoro o di una compagnia assicurativa, che RENDA INTENZIONALMENTE FALSE DICHIARAZIONI O TESTIMONIANZE in merito a un fatto materiale nel corso della presentazione, dell'indagine o dell'adeguamento di una richiesta per qualsiasi sussidio o pagamento a norma del presente capo allo scopo di evitare l'erogazione di detto pagamento o sussidio, SARÀ RICONOSCIUTO COLPEVOLE DI UN REATO E SOGGETTO A COSPICUE SANZIONI E PENE DETENTIVE.