

Stato di New York – Workers' Compensation Board
RICHIESTA DI INDENNIZZO IN CASO DI MORTE

La richiesta verrà presa in esame più velocemente se si presentano alla Workers' Compensation Board tutte le copie dei documenti necessari al caso. Allegare le copie dei documenti di cui si dispone. In alternativa, richiedere le copie e portarle alla prima seduta. **NON TRASCURARE** la compilazione del presente modulo di richiesta di indennizzo. Di seguito vengono riportati i documenti ritenuti necessari:

- a. Referto medico del dottore che si è occupato della persona deceduta.
- b. Certificato di morte.
- c. Prove del legame con la persona deceduta quali: certificato di nascita, certificato di matrimonio, documenti di adozione, ecc.
- d. Dettaglio delle spese per le onoranze funebri

PRATICA W.C.B. N. (Se nota)	PRATICA ASSICURATIVA N.	CODICE ASSICURATIVO N.	N. PREV. SOC. DEL DECEDUTO	N. PREV. SOC. DEL RICHIEDENTE	DATA DELL'INCIDENTE
NOME			INDIRIZZO (numero civico, via, città e codice di avviamento postale)		APP. N.
PERSONA DECEDUTA					
DATORE DI LAVORO					
COMPAGNIA ASSICURATIVA					
RICHIEDENTE					APP. N.

Con la presente si inoltra richiesta di indennizzo secondo quanto stabilito dalla Workers' Compensation Law in merito all'indennità per morte della suddetta persona deceduta per infortunio verificatosi durante lo svolgimento del proprio lavoro presso le strutture del suddetto datore di lavoro. A supporto della stessa si forniscono quindi le seguenti informazioni:

1. a. Decesso avvenuto il giorno _____ del mese di _____, _____ alle ore _____ (Allegare certificato di morte, se disponibile).
- b. Come si è verificato l'incidente/Come è insorta la malattia legata alla professione? (Fornire una descrizione accurata, riportando se l'infortunato è caduto, è stato colpito, ecc. e quali fattori o eventi hanno portato o contribuito al verificarsi dell'incidente)

- c. Luogo dell'incidente: _____
- d. Natura dell'incidente e parti del corpo coinvolte: _____

Nota: Allegare referto medico, se disponibile.

2. MEDICO CURANTE	Nome	Indirizzo
3. ULTIMO MEDICO OD OSPEDALE		
4. POMPE FUNEBRI		
5. PERSONA RESPONSABILE DEL PAGAMENTO EFFETTUATO ALLE POMPE FUNEBRI		

6. Importo della ricevuta delle Pompe Funebrì \$ _____ Eventuale importo pagato \$ _____ (Allegare ricevuta delle spese per le onoranze funebri, se disponibile.)
7. Data di nascita del Richiedente _____ 8. Natura del legame con la persona deceduta _____
9. Alla persona deceduta sono sopravvissuti il coniuge e/o figli, di età inferiore ai 18 o 23 anni, che risultano iscritti a istituto scolastico/accademico accreditato e che frequentano regolarmente e a tempo pieno le lezioni? Sì No
10. Persone sopravvissute o in carico alla persona deceduta: (Consultare le istruzioni presenti sul retro)

NOME	INDIRIZZO	DATA DI NASCITA	NATURA DEL LEGAME

(Allegare prove del legame con la persona deceduta quali: certificato di nascita, certificato di matrimonio, documenti di adozione, ecc., se disponibile)
(CONSULTARE LE ISTRUZIONI PRESENTI SUL RETRO)

IN CASO DI DOMANDE SULLA RICHIESTA DI INDENNIZZO PER MORTE LA INVITIAMO A CONSULTARE LA PIÙ VICINA AGENZIA DELLA WORKERS' COMPENSATION BOARD.

11. INDICARE LE SEGUENTI INFORMAZIONI SE SI È CONIUGE O FIGLIO/A DELLA PERSONA DECEDUTA:

- a. È stato/a unito/a in matrimonio con la persona deceduta il _____ del mese di _____, _____ presso _____ da _____ (Allegare certificato di matrimonio, se disponibile).
(Luogo) Celebrante
- b. Numero di figli di età inferiore ai 18 anni al momento della morte della persona deceduta. _____
- c. Numero di figli di età compresa tra i 18 e i 23 anni che, al momento della morte della persona deceduta, risultavano iscritti a istituto scolastico/accademico accreditato e che frequentavano regolarmente e a tempo pieno le lezioni. _____

12. SE SI È IL CONIUGE DELLA PERSONA DECEDUTA, indicare la propria percentuale spettante dell'indennità assicurativa del sopravvissuto, se applicabile, ricevuta ai sensi del Social Security Act. _____ \$ (Se disponibile, allegare copia del certificato del premio assicurativo Social Security Award in cui si attesta la percentuale spettante dell'indennità assicurativa del sopravvissuto o copia dell'assegno arrecante l'importo del premio.)

13. INDICARE LE SEGUENTI INFORMAZIONI SE NON SI È CONIUGE O FIGLIO DELLA PERSONA DECEDUTA (DI ETÀ INFERIORE AI 18 O 23 ANNI, ISCRITTI A ISTITUTO SCOLASTICO/ACCADEMICO ACCREDITATO, FREQUENTANTI REGOLARMENTE E A TEMPO PIENO LE LEZIONI):

- a. Era totalmente o parzialmente a carico della persona deceduta? _____
- b. Se parzialmente a carico, a che livello? _____
- c. Possiedo i seguenti beni:
- (1) Proprietà immobiliari, valore stimato \$ _____, di cui percepisco un profitto pari a \$ _____ annuali e su cui grava uno stato di indebitamento pari a \$ _____.
- (2) Quali sono le sue altre fonti di reddito? (Indicare ciascuna delle fonti e i corrispettivi profitti.)
- FONTE IMPORTO

14. SE SI È FIGLIO O NIPOTE, FRATELLO O SORELLA A CARICO DELLA PERSONA DECEDUTA, DI ETÀ COMPRESA TRA I 18 E I 23 ANNI, ISCRITTI A ISTITUTO SCOLASTICO/ACCADEMICO ACCREDITATO, FREQUENTANTI REGOLARMENTE E A TEMPO PIENO LE LEZIONI, INDICARE LE SEGUENTI INFORMAZIONI E ALLEGARE CERTIFICATO DI FREQUENZA, QUALORA DISPONIBILE IN RILASCIO DA PARTE DELL'ISTITUTO SCOLASTICO/ACCADEMICO:

Nome dello studente	Nome e indirizzo dell'istituto scolastico/accademico	Data di immatricolazione
---------------------	--	--------------------------

CHIUNQUE PRESENTI O AGISCA AL FINE DI FAR PRESENTARE, CONSAPEVOLMENTE E CON INTENZIONE FRAUDOLENTA, O ALTRESI DISPONGA CON CONSAPEVOLEZZA AFFINCHÉ SIANO PRESENTATE A O DA UN ASSICURATORE O TITOLARE DI FONDO ASSICURATIVO PRIVATO, INFORMAZIONI CONTENENTI FALSE DICHIARAZIONI SOSTANZIALI DI QUALSIASI TIPO O CELANTI ASPETTI SOSTANZIALI SARÀ GIUDICATO COLPEVOLE DI REATO E SOGGETTO A INGENTI AMMENDE E A RECLUSIONE.

In data _____ Sottoscritto da _____ (Firma del richiedente) N. di telefono _____

Sottoscritto da _____ (In rappresentanza del Richiedente) (Natura del legame) N. di telefono _____

AL RICHIEDENTE

- A. Secondo quanto stabilito dalla Workers' Compensation Law, la richiesta di indennizzo in caso di morte può essere presentata da:
1. Coniuge della persona deceduta;
 2. Figli della persona deceduta di età inferiore ai 18 anni al momento della sua morte;
 3. Figli di qualsiasi età che siano totalmente ciechi o disabili al momento dell'incidente, il cui stato di disabilità risulti totale e permanente;
 4. Nipoti, fratelli e sorelle della persona deceduta, di età inferiore ai 18 anni al momento della sua morte, che risultino totalmente o parzialmente a carico della stessa al momento dell'incidente;
 5. Genitori e nonni della persona deceduta che risultino totalmente o parzialmente a carico della stessa al momento dell'incidente;
 6. Figli della persona deceduta, nipoti, fratelli e sorelle a carico della stessa, di età inferiori ai 23 anni, che risultino iscritti a istituto scolastico/accademico accreditato e che frequentino regolarmente e a tempo pieno le lezioni, ammesso che la morte sia avvenuta a partire dal 1 gennaio 1978.
- B. Il coniuge e i figli possono presentare insieme la richiesta di indennizzo. Tutti i nipoti, fratelli, sorelle, genitori o nonni della persona deceduta dovranno presentare richiesta di indennizzo separatamente.

Informativa redatta ai sensi della New York Persona Privacy Protection Law (Articolo 6-A della Public Officers Law) e del Federal Privacy Act del 1974 (5 U.S.C. Sec.

L'autorità della Workers' Compensation Board di richiedere informazioni personali al richiedente è sancita nelle Sezioni 20 e 142 della Workers' Compensation Law. Le informazioni vengono raccolte per assistere la Workers' Compensation Board al fine di elaborare efficientemente le richieste di indennizzo e conservare accuratamente in archivio tutte relative documentazioni.

La Workers' Compensation Board è si impegna fortemente a proteggere la riservatezza di tutte le informazioni raccolte. Tali informazioni verranno divulgate all'interno dell'agenzia unicamente al personale e agli agenti della Workers' Compensation Board al fine di consentir loro di adempiere ai rispettivi doveri ufficiali. Le informazioni personali verranno divulgate all'esterno solo per quanto stabilito dalla leggi statali e federali vigenti in materia.

Il Board's Director of Operations, sito a 100 Broadway, Menands, New York 12241 (518-474-6674), è il principale responsabile della conservazione della documentazione archiviata in agenzia contenente informazioni personali del richiedente.

Anche se non vengono fornite tutte le informazioni richieste dal modulo, la richiesta di indennizzo non sarà comunque archiviata ma potrà subire un ritardo nell'elaborazione della pratica. La divulgazione spontanea del proprio numero di previdenza sociale permette alla Workers' Compensation Board di garantire la corretta associazione delle informazioni alla relativa pratica in modo tempestivo.

**NYS Workers' Compensation Board
Centralized Mailing
PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5205**

Numero verde gratuito Assistenza Clienti: 877-632-4996