

COME RICHIEDERE IL CONGEDO PARENTALE RETRIBUITO

per prestare assistenza a un familiare affetto da gravi condizioni di salute



Congedo parentale retribuito



PRIMA DI PRESENTARE RICHIESTA PER UN CONGEDO PARENTALE RETRIBUITO

- Controlli i requisiti di idoneità.** Consulti la prossima pagina o visiti il sito PaidFamilyLeave.ny.gov/eligibility.
- Programmi il suo congedo.** È possibile prendere il congedo in un'unica soluzione o a intervalli, ma deve essere preso in giornate lavorative intere.
- Lo comunichi al suo datore di lavoro con almeno 30 giorni di anticipo**, se prevedibile, o il prima possibile.

COMPLETI I MODULI E ALLEGHI LA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Completati la *Richiesta di Congedo parentale retribuito (Modulo PFL-1)*.

Nota: il presente modulo presenta delle sezioni che richiedono la compilazione da parte sua e del suo datore di lavoro.

- Compili la sezione a lei pertinente, ne faccia una copia e consegni il modulo al suo datore di lavoro per la compilazione della **Parte B**.
- Il suo datore di lavoro è tenuto a restituirle il **Modulo PFL-1** entro tre giorni lavorativi. In caso di ritardo, non dovrà attendere per procedere. Invi il **Modulo PFL-1** che ha compilato personalmente, insieme al resto dei documenti della richiesta, direttamente alla compagnia assicurativa del suo datore di lavoro.

Completati la *Divulgazione di informazioni personali di natura sanitaria ai sensi della Paid Family Leave Law (Normativa in materia di congedo parentale retribuito) (Modulo PFL-3)*.

- Il familiare (beneficiario dell'assistenza) deve completare il **Modulo PFL-3** e inviarlo al proprio fornitore di assistenza sanitaria per la conservazione.

Questo modulo autorizza il fornitore di assistenza sanitaria a divulgare, a lei e alla compagnia assicurativa del suo datore di lavoro, informazioni relative alle gravi condizioni di salute del suo familiare.

Non invii questo modulo alla compagnia assicurativa.

Completati il *Certificato di assistenza necessaria per familiare affetto da gravi condizioni di salute del fornitore di assistenza sanitaria (Modulo PFL-4)*.

Nota: questo modulo presenta delle sezioni che richiedono la compilazione da parte del fornitore di assistenza sanitaria.

- Compili la sua sezione, ne faccia una copia e consegni il modulo al fornitore di assistenza sanitaria del suo familiare.
- Chieda al fornitore di completare la parte del modulo di sua pertinenza e di restituirglielo tempestivamente.

INVII LA DOCUMENTAZIONE ALLA COMPAGNIA ASSICURATIVA DEL SUO DATORE DI LAVORO

Per non perdere i sussidi, dovrà presentare la richiesta completa di tutti i documenti alla compagnia assicurativa del suo datore di lavoro entro 30 giorni dall'inizio del congedo.

Conservi una copia di tutti i moduli e della documentazione per suo riferimento.

Spedisca per posta o via fax il **Modulo PFL-1** e il **Modulo PFL-4** alla compagnia assicurativa del suo datore di lavoro.

Per scoprire qual è la compagnia assicurativa del suo datore di lavoro, può:

- Cercare il manifesto del Congedo parentale retribuito sul suo luogo di lavoro;
- Chiedere al suo datore di lavoro;
- Cercarla utilizzando l'applicazione di ricerca della copertura dei datori di lavoro sul sito wcb.ny.gov.

Se non riesce a trovare la compagnia assicurativa del suo datore di lavoro, chiami l'assistenza telefonica per il Congedo parentale retribuito (PFL) al numero: **(844) 337-6303**

L'assistenza telefonica per il PFL è disponibile dal lunedì al venerdì, dalle 8:30 alle 16:30.

NON invii i documenti della richiesta alla Workers' Compensation Board dello Stato di New York.

È SUA responsabilità inviare i moduli alla compagnia assicurativa. La responsabilità NON è del suo datore di lavoro.



Informazioni importanti

- Nella maggior parte dei casi, la compagnia assicurativa dovrà corrispondere i sussidi o negare la richiesta entro **18 giorni** dal ricevimento della sua richiesta debitamente compilata o dal suo primo giorno di congedo, se successivo. La mancata compilazione della **Parte B** del **Modulo PFL-1** entro **tre giorni lavorativi** da parte del suo datore di lavoro non può costituire causa esclusiva per considerare incompleta la sua richiesta.
- Qualora la compagnia assicurativa neghi la richiesta o non provveda alla tempestiva erogazione dei suoi sussidi, o se sono presenti altri contenziosi relativi alla richiesta di indennità, potrà richiedere un riesame delle azioni della compagnia assicurativa. Maggiori informazioni sono disponibili sul sito nyspfla.namadr.com.
- I reclami per atti discriminatori o ritorsivi da parte del datore di lavoro vengono risolti da un giudice del lavoro ai sensi della Normativa in materia di infortuni sul lavoro (*Workers' Compensation Board Law*) in sede di udienza. Se ritiene di aver subito atti discriminatori o ritorsivi da parte del suo datore di lavoro per aver usufruito o richiesto un Congedo parentale retribuito, visiti la pagina PaidFamilyLeave.ny.gov/protections o contatti il numero **(844) 337-6303**.



Idoneità

- La maggior parte dei dipendenti che lavorano per datori di lavoro privati nello Stato di New York sono coperti dal Congedo parentale retribuito.
 - **Dipendenti a tempo pieno:** se lavora con un orario regolare di 20 o più ore settimanali, l'idoneità viene maturata dopo 26 settimane consecutive di impiego presso il suo datore di lavoro.
 - **Dipendenti part-time:** se lavora con un orario regolare inferiore a 20 ore settimanali, l'idoneità viene maturata dopo 175 giorni di impiego presso il suo datore di lavoro, non necessariamente consecutivi.
- I dipendenti pubblici senza rappresentanza sindacale potrebbero essere coperti nel caso in cui il datore di lavoro abbia aderito volontariamente all'erogazione del sussidio. I dipendenti pubblici con rappresentanza sindacale potrebbero essere coperti se il sussidio è stato negoziato in contrattazione collettiva.
- La posizione relativa alla cittadinanza e/o all'immigrazione non incidono sull'idoneità dei dipendenti.
- Se ritiene di avere i requisiti richiesti, può presentare la richiesta di Congedo parentale retribuito in modo che la compagnia assicurativa possa stabilire la sua idoneità.
- In caso di domande sulle norme relative all'idoneità, chiami **l'assistenza telefonica del PFL** al numero **(844) 337-6303** (lunedì-venerdì, 8:30-16:30).

FAMILIARI A CUI PUÒ PRESTARE ASSISTENZA:

Coniugi/conviventi
Figli biologici/figli acquisiti
Genitori/genitori acquisiti/suoceri
Nonni
Nipoti
Fratelli/sorelle (introdotto nel 2023!) Verifichi con la compagnia assicurativa del suo datore di lavoro i dettagli relativi all'entrata in vigore nella loro polizza.

L'ASSISTENZA PUÒ INCLUDERE LA FORNITURA DI:

Assistenza fisica indispensabile
Sostegno emotivo
Visite
Assistenza durante il trattamento
Trasporto
Aiuto con l'organizzazione di una modifica all'assistenza
Assistenza con le attività quotidiane essenziali
Servizi di assistenza personale

Ricordi: è SUA responsabilità inviare i moduli alla compagnia assicurativa. La responsabilità non è del suo datore di lavoro.

Per maggiori informazioni, visiti il sito PaidFamilyLeave.ny.gov o chiami il numero **(844) 337-6303**.



Congedo parentale retribuito

Istruzioni per la richiesta di congedo parentale retribuito (Modulo PFL-1)

- Per richiedere un congedo parentale retribuito (*Paid Family Leave*, PFL), il dipendente che richiede il PFL deve compilare la Parte A della *Richiesta di congedo parentale retribuito (Modulo PFL-1)*. Tutte le voci presenti nel modulo sono obbligatorie salvo siano indicate come opzionali. Il dipendente deve poi fornire il modulo al datore di lavoro per compilare la Parte B.
- Il datore di lavoro completa la Parte B della *Richiesta di congedo parentale retribuito (Modulo PFL-1)* e la restituisce al dipendente entro tre giorni lavorativi.
- In base al tipo di congedo richiesto sono necessari moduli aggiuntivi. Il dipendente che richiede il congedo è responsabile della compilazione di detti moduli.
- **Il dipendente invia la *Richiesta di congedo parentale retribuito (Modulo PFL-1)* compilata con il modulo aggiuntivo necessario alla compagnia assicurativa responsabile dei PFL per il datore di lavoro indicata nella Parte B della *Richiesta di congedo parentale retribuito (Modulo PFL-1)*. Il dipendente deve conservare una copia di ogni modulo inviato per riferimenti futuri.**

PARTE A - INFORMAZIONI DEL/DELLA DIPENDENTE (compilazione a carico del/della dipendente)

Il dipendente che richiede il PFL deve compilare tutte le informazioni obbligatorie.

Richiesta di PFL (compilazione a carico del/della dipendente)

Domanda 12: Con "minore" si includono figli biologici, adottivi, in affidamento o acquisiti, minori sottoposti a tutela legale, figli di un convivente o la persona per la quale il dipendente esercita in loco parentis. Un genitore è definito come genitore biologico, affidatario o adottivo, suocero, genitore acquisito, tutore legale o un'altra persona che ha esercitato in loco parentis per il dipendente quando quest'ultimo era un minore.

Domanda 13: Se il periodo di tempo è "Continuo", il dipendente deve fornire le date di inizio e di fine del PFL richiesto, che devono essere le date effettive in cui il PFL inizierà e terminerà. Se non si è sicuri, indicare una stima delle date di inizio e di fine contrassegnando l'opzione "Le date sono una stima". Se il periodo di tempo è "Intermittente", inserire le date in cui si prenderà il PFL. Cercare di essere il più specifici possibili. Se le date non sono note o sono una

stima, indicare "Le date sono una stima". Se le date sono una stima, la compagnia responsabile del PFL potrebbe imporre di presentare una richiesta di erogazione **dopo** che è stato preso il giorno di PFL. L'erogazione delle indennità approvate sarà dovuta il prima possibile, ma in nessun caso oltre i 18 giorni dalla data della richiesta compilata.

Domanda 14: Se il dipendente sta inviando una richiesta di PFL al proprio datore di lavoro con un preavviso inferiore a 30 giorni dalla data di inizio del PFL, il dipendente deve spiegare il motivo per cui non è stato possibile dare un preavviso di 30 giorni. Se la spiegazione non rientra nello spazio fornito nel modulo, inserire "Vedere allegato" e aggiungere un allegato con la spiegazione. Accertarsi di includere il nome completo del dipendente e la sua data di nascita nella parte superiore dell'allegato.

Informazioni sull'impiego (compilazione a carico del/della dipendente)

Domanda 16: Inserire la data di assunzione in base al miglior ricordo del dipendente. Se è trascorso più di un anno dalla data di assunzione, è sufficiente inserire l'anno in cui è iniziato l'impiego.

Domanda 18: Inserire la stima migliore della retribuzione settimanale lorda media. Includere soltanto le retribuzioni ottenute dal datore di lavoro indicato nel presente modulo di richiesta. **La retribuzione settimanale lorda è la paga settimanale totale, inclusi straordinari, mance, bonus e commissioni, prima di eventuali detrazioni effettuate dal datore di lavoro**, come imposte federali e statali. Se il datore di lavoro non è in grado di fornire queste informazioni, il dipendente può calcolare la propria retribuzione settimanale lorda come segue:

Passo 1: Aggiungere tutte le retribuzioni lorde ricevute (prima di eventuali detrazioni) nel corso delle ultime otto settimane prima dell'inizio del PFL, inclusi straordinari e mance percepiti. (*Consultare il Passo 3 per le istruzioni su come calcolare bonus e/o commissioni.*)

Passo 2: dividere le retribuzioni lorde calcolate nel Passo 1 per otto (o per il numero di settimane lavorate se inferiori a otto) per calcolare la retribuzione settimanale media.

Passo 3: se il dipendente ha ricevuto bonus e/o commissioni

durante le 52 settimane precedenti al PFL, aggiungere l'importo settimanale proporzionale alla retribuzione settimanale media. Per determinare l'importo settimanale proporzionale, aggiungere tutti i bonus e/o le commissioni percepiti nelle 52 settimane precedenti e poi dividere per 52.

Esempio di un calcolo della retribuzione settimanale lorda:

Settimana 1 - retribuzione lorda, inclusi gli straordinari	550 \$
Settimana 2 - retribuzione lorda	500 \$
Settimana 3 - retribuzione lorda	500 \$
Settimana 4 - retribuzione lorda	500 \$
Settimana 5 - retribuzione lorda	500 \$
Settimana 6 - retribuzione lorda	500 \$
Settimana 7 - retribuzione lorda, inclusi gli straordinari	600 \$
Settimana 8 - retribuzione lorda, inclusi gli straordinari	+ 550 \$
Totale =	4.200 \$
Dividere per 8	÷ 8
Retribuzione settimanale media =	525 \$
Bonus percepito nelle 52 settimane precedenti	2.600 \$
Dividere per 52	÷ 52
Bonus settimanale proporzionale =	50 \$

Istruzioni per il Modulo PFL-1 - continua alla pagina successiva

PARTE A - INFORMAZIONI DEL/DELLA DIPENDENTE (compilazione a carico del/della dipendente) - continua dalla pagina precedente**Istruzioni per il Modulo PFL-1 - continua dalla pagina precedente**

Retribuzione settimanale media	525 \$
Bonus settimanale proporzionale	+ 50 \$

Retribuzione settimanale media (incluso il bonus) = 575 \$

Tenere presente che anche il datore di lavoro è tenuto a fornire queste informazioni nella Parte B della *Richiesta di congedo parentale retribuito (Modulo PFL-1)*.

In caso di invio preventivo del modulo: Indicare se il dipendente sta inviando preventivamente la sua richiesta di PFL. L'invio preventivo è definito come la presentazione della richiesta in anticipo rispetto a un evento ammissibile imminente, con l'assenza di determinate informazioni obbligatorie che non sono note al momento dell'invio. Se l'invio preventivo è consentito dalla compagnia assicurativa o dal datore di lavoro con assicurazione autonoma, le informazioni mancanti devono essere fornite non appena

Il dipendente deve apporre data e firma prima di fornire il presente modulo al datore di lavoro per compilare la Parte B.

note. I sussidi non possono essere determinati fino a quando non saranno fornite tutte le informazioni obbligatorie.

La compagnia assicurativa responsabile del PFL o il datore di lavoro con assicurazione autonoma invierà al dipendente una comunicazione entro cinque giorni in cui 1) si afferma che la richiesta di indennità è in corso; 2) si identificano quali informazioni mancano; 3) si forniscono istruzioni su come inviare le informazioni mancanti. **Una volta fornite tutte le informazioni, la compagnia assicurativa responsabile del PFL o il datore di lavoro con assicurazione autonoma ha 18 giorni per liquidare o negare la richiesta di indennità.**

Se non consentono l'invio preventivo, la compagnia assicurativa o il datore di lavoro con assicurazione autonoma devono restituire la *Richiesta di congedo parentale retribuito* al dipendente entro cinque giorni, spiegando che la richiesta di indennità deve essere inviata di nuovo quando saranno disponibili tutte le informazioni.

PARTE B - INFORMAZIONI DEL/DELLA DATORE/TRICE DI LAVORO (compilazione a carico del/della datore/trice di lavoro)

Il datore di lavoro del dipendente che sta richiedendo il PFL deve compilare tutte le informazioni della Parte B.

Domanda 2: Se si utilizza un numero di previdenza sociale (*Social Security Number*) per il numero di identificazione fiscale federale del datore di lavoro (*Federal Employer Identification Number, FEIN*), inserire il numero di previdenza sociale.

Domanda 3: Inserire il codice di classificazione industriale standard (*Standard Industrial Classification, SIC*) del datore di lavoro. I datori di lavoro dovrebbero contattare la propria compagnia assicurativa se non conoscono il proprio codice SIC.

Domanda 8: Si può trovare il codice di occupazione del dipendente (*Employee Occupation Code*) all'indirizzo: www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm

Domanda 9: Inserire le retribuzioni percepite dal dipendente durante le ultime otto settimane prima della data di inizio del PFL. L'importo lordo corrisposto rappresenta la paga settimanale lorda del 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, consultare la Domanda 18 a partire da pagina 1 delle istruzioni.) Calcolare la retribuzione settimanale media lorda aggiungendo gli importi lordi

corrisposti, e poi dividere il totale per otto (o per il numero di settimane lavorate se inferiori a otto).

Domanda 10: La mancata selezione della risposta "Sì" per la richiesta di rimborso da parte della compagnia assicurativa comporterà una rinuncia al diritto di rimborso.

Domanda 11a: "Invalidità" si riferisce all'invalidità richiesta per legge dallo Stato di New York (NYS). Se la risposta è "Nessuno", inserire "0" nel totale di settimane e giorni alla Domanda 11b.

Domanda 11b: Il numero massimo di settimane disponibili per l'invalidità prevista per legge dal NYS e per il PFL in qualsiasi periodo di 52 settimane è di 26 settimane. Specificare il numero totale di settimane, insieme al numero di giorni aggiuntivi se il congedo include una settimana parziale, prese per l'invalidità prevista per legge dal NYS e per il PFL durante le precedenti 52 settimane.

Domande 13, 14 e 15: Inserire il nome, l'indirizzo e il numero di polizza PFL della compagnia assicurativa responsabile del congedo parentale retribuito o dell'invalidità PFL. Se questo datore di lavoro ha un'assicurazione autonoma, inserire il nome e l'indirizzo del luogo in cui deve essere inviata la richiesta di PFL per l'elaborazione.

Affermazione che il dipendente è ammissibile per il PFL: Un dipendente che lavora regolarmente 20 ore o più alla settimana deve essere stato occupato per almeno 26 settimane consecutive. Un dipendente che lavora regolarmente meno di 20 ore alla settimana deve aver lavorato 175 giorni.

Il datore di lavoro appone data e firma, e poi lo restituisce al dipendente che sta richiedendo il PFL entro tre giorni lavorativi.

Accertarsi di compilare i moduli aggiuntivi appropriati per il PFL in base al tipo di congedo che viene richiesto.

Notifica ai sensi della Normativa di New York sulla tutela dei dati personali (New York Personal Privacy Protection Law) (Normativa sui funzionari pubblici, articolo 6-A (Public Officers Law Article 6-A)) e della Normativa federale sulla privacy (Federal Privacy Act of 1974) (5 USC art. 552a).

L'autorità della Workers' Compensation Board ("WCB") di esigere le informazioni personali dei dipendenti, incluso il numero di previdenza sociale o il numero di identificazione del contribuente, deriva dall'autorità amministrativa ai sensi della sezione 142 della Normativa in materia di infortuni sul lavoro (*Workers' Compensation Law*). 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 o del numero di identificazione del contribuente alla WCB è su base volontaria. La WCB protegge la riservatezza di tutte le informazioni personali in proprio possesso e le divulga soltanto per assolvere ai propri doveri d'ufficio e in ottemperanza alle normative statali e federali vigenti.



PARTE A - INFORMAZIONI DEL/DELLA DIPENDENTE (compilazione a carico del/della dipendente)

1. Nome legale del/della dipendente (nome, iniziale del 2° nome, cognome)

2. Altri eventuali cognomi usati dal/dalla dipendente per lavoro

3. Indirizzo postale del/della dipendente

Indirizzo

Città, Stato

Cod. postale _____ Paese (se diverso dagli Stati Uniti) _____

4. Numero di previdenza sociale o numero di identificazione del/della contribuente

- -

5. Data di nascita del/della dipendente (MM/GG/AAAA)

/ /

6. Numero di telefono principale del/della dipendente

() -

7. Indirizzo e-mail di preferenza del/della dipendente durante il PFL (se disponibile)

8. Sesso del/della dipendente

M F X

9. Lingua di preferenza del/della dipendente

English Español Русский Polski
 中文 Italiano Kreyòl ayisyen 한국어
 Altro _____

Opzionale (per scopi di ricerca)

10. Etnia/origini del/della dipendente Esclusivamente per scopi di demografia sanitaria. (Insieme di codici del Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) degli Stati Uniti, versione 1.0.)

Il/la dipendente è di origine ispanica, latina o spagnola? (Si possono selezionare una o più categorie.)

- Messicana
- Messicana-statunitense
- Chicana
- Portoricana
- Dominicana
- Cubana
- Altra origine ispanica, latina o spagnola
- Non di origine ispanica, latina o spagnola
- Informazione non nota

Qual è l'etnia del/della dipendente? (Si possono selezionare una o più categorie.)

- Nativa americana o dell'Alaska
- Nera o afroamericana
- Indo-asiatica
- Cinese
- Filippina
- Giapponese
- Coreana
- Vietnamita
- Altra etnia asiatica
- Bianca
- Nativa Hawaiana
- di Guam o Chamorro
- Samoana
- Altra etnia delle isole del Pacifico
- Altra etnia

Richiesta di congedo parentale retribuito (PFL) (compilazione a carico del/della dipendente)

11. Motivo per la richiesta di PFL: Creare un legame con un/una figlio/a Assistere un/una familiare Evento militare ammissibile

12. Rapporto del familiare con il/la dipendente:

Figlio/a Coniuge Convivente Genitore Suocero/a Nonno/a Nipote Fratello/sorella

Modulo PFL-1 - continua alla pagina successiva

COMPILAZIONE A CARICO DEL/DELLA DIPENDENTE

Nome del/della dipendente (nome, iniziale del 2° nome, cognome) **Data di nascita del/della dipendente** (MM/GG/AAAA)

_____ / /

PARTE A - INFORMAZIONI DEL/DELLA DIPENDENTE (compilazione a carico del/della dipendente) - continua dalla pagina precedente

Modulo PFL-1 - continua dalla pagina precedente

13. Il PFL sarà per un periodo di tempo continuo e/o intermittente?

<input type="checkbox"/> Continuo	Data di inizio del PFL (MM/GG/AAAA) / /	Data di fine del PFL (MM/GG/AAAA) / /	<input type="checkbox"/> Le date sono una stima
<input type="checkbox"/> Intermittente	Indicare le date intermittenti del PFL: _____		<input type="checkbox"/> Le date sono una stima

14. Se si sta informando il/la datore/trice di lavoro con un preavviso inferiore a 30 giorni, fornire una spiegazione:

Informazioni sull'impiego (compilazione a carico del/della dipendente)

15. Ragione sociale

16. Data di assunzione del/della dipendente (MM/GG/AAAA) / /

17. Luogo di lavoro del/della dipendente

Indirizzo		
Città, Stato	Cod. postale	Paese (se diverso dagli Stati Uniti)

18. Retribuzione settimanale media lorda del/della dipendente (Questi dati saranno richiesti sia al/alla dipendente che al/alla datore/trice di lavoro)

19. Numero di telefono del/della datore/trice di lavoro per contatti relativi alla presente richiesta

() -

20a. Il/la dipendente ha più datori di lavoro? Sì No

20b. Se sì, il/la dipendente sta prendendo un PFL dall'altro/a datore/trice di lavoro? Sì No

21. Il/la dipendente attualmente sta ricevendo sussidi per le mancate retribuzioni? Sì No

Dichiarazione di trasparenza: Le informazioni relative ai sussidi per il PFL percepiti dal/dalla dipendente, ad es. le erogazioni e i tipi di congedo, saranno fornite al/alla datore/trice di lavoro.

Dichiarazione e firma

Qualsiasi persona che, consapevolmente e con intento di frodare una compagnia assicurativa o un'altra persona che presenta una richiesta di assicurazione o una domanda giudiziale contenente eventuali informazioni concretamente false o che occulti, allo scopo di fuorviare, informazioni riguardanti qualsiasi relativo fatto materiale, commette una frode assicurativa, ovvero un reato, e sarà altresì soggetta a sanzione civile non superiore a cinquemila dollari e al valore dichiarato dell'indennità per ciascuna violazione di questo tipo.

Con la presente inoltra una richiesta di sussidi per congedo parentale retribuito ai sensi della Normativa in materia di infortuni sul lavoro dello Stato di New York. La mia firma conferma che le informazioni da me fornite sono vere e accurate per quanto a mia conoscenza.

Firma del/della dipendente

Data della firma (MM/GG/AAAA)

_____ / /

Sto inviando il presente modulo in anticipo (consultare le istruzioni sull'invio preventivo). Comprendo che la compagnia assicurativa mi contatterà per informarmi sul modo di inviare le informazioni obbligatorie mancanti.

COMPILAZIONE A CARICO DEL/DELLA DIPENDENTE

Nome del/della dipendente (nome, iniziale del 2° nome, cognome) **Data di nascita del/della dipendente** (MM/GG/AAAA)

_____ / /

PARTE B - INFORMAZIONI DEL/DELLA DATORE/TRICE DI LAVORO (compilazione a carico del/della datore/trice di lavoro)

1. Ragione sociale completa dell'attività e indirizzo postale

Ragione sociale

Indirizzo postale

Città, Stato

Cod. postale

Paese (se diverso dagli Stati Uniti)

2. FEIN del/della datore/trice di lavoro -

3. Codice di classificazione industriale standard (SIC) del/della datore/trice di lavoro

4. Nome del contatto del/della datore/trice di lavoro per domande correlate al PFL

5. Recapito telefonico del/della datore/trice di lavoro () -

6. Indirizzo e-mail del/della datore/trice di lavoro

7. Data di assunzione del/della dipendente (MM/GG/AAAA) / /

8. Occupazione del/della dipendente I codici sono disponibili all'indirizzo: www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm -

9. Inserire le ultime 8 settimane di retribuzioni lorde del/della dipendente e calcolare la retribuzione settimanale media lorda

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

10. Se il/la dipendente ha ricevuto o riceverà retribuzioni complete mentre è in PFL, il/la datore/trice di lavoro richiederà il rimborso? Sì No

Modulo PFL-1 - continua alla pagina successiva

COMPILAZIONE A CARICO DEL/DELLA DIPENDENTE

Nome del/della dipendente (nome, iniziale del 2° nome, cognome) **Data di nascita del/della dipendente** (MM/GG/AAAA)

_____ / ____ / ____

PARTE B - INFORMAZIONI DEL/DELLA DATORE/TRICE DI LAVORO (compilazione a carico del/della datore/trice di lavoro) - continua dalla pagina precedente

Modulo PFL-1 - continua dalla pagina precedente

11a. Nelle precedenti 52 settimane il/la dipendente ha preso un congedo per: Invalidità dello Stato di New York PFL
 Sia invalidità che PFL Nessuno

11b. Inserire il numero totale di settimane e giorni presi sia per l'invalidità che per il PFL nelle ultime 52 settimane:

Invalidità:	Settimane	Indicare date specifiche per l'invalidità: _____
	Giorni	

PFL:	Settimane	Indicare date specifiche per il PFL: _____
	Giorni	

12. Il/la dipendente sta prendendo un FMLA (*Family Medical Leave Act*) contemporaneamente al PFL? Sì No

13. Nome e indirizzo postale della compagnia assicurativa responsabile del PFL

Nome della compagnia assicurativa responsabile del PFL

Indirizzo postale

Città, Stato	Cod. postale	Paese (se diverso dagli Stati Uniti)
--------------	--------------	--------------------------------------

14. Numero di telefono della compagnia assicurativa responsabile del PFL () -

15. Numero della polizza PFL _____

Dichiarazione e firma

Confermo che il/la dipendente lavora regolarmente 20 o più ore alla settimana ed è stato/a occupato/a per almeno 26 settimane consecutive OPPURE il/la dipendente lavora regolarmente meno di 20 ore alla settimana e ha lavorato almeno 175 giorni.

Qualsiasi persona che, consapevolmente e con intento di frodare una compagnia assicurativa o un'altra persona che presenta una richiesta di assicurazione o una domanda giudiziale contenente eventuali informazioni concretamente false o che occulti, allo scopo di fuorviare, informazioni riguardanti qualsiasi relativo fatto materiale, commette una frode assicurativa, ovvero un reato, e sarà altresì soggetta a sanzione civile non superiore a cinquemila dollari e al valore dichiarato dell'indennità per ciascuna violazione di questo tipo.

Sono la persona autorizzata ad apporre la firma in qualità di datore/trice di lavoro del/della dipendente che richiede il PFL. Con la sottoscrizione della presente confermo che, per quanto a mia conoscenza, le informazioni da me fornite sono vere e accurate.

Firma autorizzata del/della datore/trice di lavoro _____ Data della firma (MM/GG/AAAA)

_____ / ____ / ____

Titolo

Istruzioni per la Divulgazione di informazioni personali di natura sanitaria ai sensi della Paid Family Leave Law (Modulo PFL-3).

- Se un dipendente sta richiedendo un Congedo parentale retribuito (PFL) per prestare assistenza a un familiare affetto da gravi condizioni di salute, il beneficiario dell'assistenza, o un rappresentante autorizzato deve completare una *Divulgazione di informazioni personali di natura sanitaria ai sensi della Paid Family Leave Law (Normativa in materia di congedo parentale retribuito) (Modulo PFL-3)* e inviarla al proprio fornitore di assistenza sanitaria, insieme a una copia del *Certificato di assistenza necessaria per familiare affetto da gravi condizioni di salute del fornitore di assistenza sanitaria (Modulo PFL-4)*.
- La *Divulgazione di informazioni personali di natura sanitaria ai sensi della Paid Family Leave Law (Modulo PFL-3)* consente al fornitore di assistenza sanitaria di compilare il *Certificato di assistenza necessaria per familiare affetto da gravi condizioni di salute del fornitore di assistenza sanitaria (Modulo PFL-4)* e di rilasciarlo al dipendente che richiedono i sussidi del PFL.
- Prima di compilare e sottoscrivere, il beneficiario dell'assistenza deve leggere integralmente la *Divulgazione di informazioni personali di natura sanitaria ai sensi della Paid Family Leave Law (Modulo PFL-3)*.
- Il dipendente che ha richiesto il PFL deve inviare sia la *Richiesta di congedo parentale retribuito (Modulo PFL-1)* che il *Certificato di assistenza necessaria per familiare affetto da gravi condizioni di salute del fornitore di assistenza sanitaria (Modulo PFL-4)* alla compagnia assicurativa responsabile dei PFL, o al suo datore di lavoro se quest'ultimo è dotato di assicurazione autonoma, per la determinazione dei sussidi del PFL.

NOTA: questo modulo sarà conservato dal fornitore di assistenza sanitaria. Il dipendente dovrebbe farne una copia per riferimenti futuri prima di consegnarlo al fornitore di assistenza sanitaria.

Il beneficiario dell'assistenza o il rappresentante autorizzato devono apporre firma e data.

Questo modulo viene consegnato al fornitore di assistenza sanitaria del beneficiario dell'assistenza insieme al *Certificato di assistenza necessaria per familiare affetto da gravi condizioni di salute del fornitore di assistenza sanitaria (Modulo PFL-4)*.

DIVULGAZIONE DI INFORMAZIONI PERSONALI DI NATURA SANITARIA DA PARTE DEL/DELLA FORNITORE/TRICE DI ASSISTENZA SANITARIA PER UN/UNA FAMILIARE AFFETTO/A DA GRAVI CONDIZIONI DI SALUTE (compilazione a carico del/della beneficiario/a dell'assistenza o del/della rappresentante autorizzato/a e da inviare al/alla fornitore/trice di assistenza sanitaria del/della beneficiario/a dell'assistenza con il Modulo PFL-4)

Il dipendente inserisce il proprio nome, il nome e la data di nascita del beneficiario dell'assistenza (paziente) nella parte superiore di ogni pagina.

Il nome della compagnia assicurativa responsabile dei PFL richiesto nella parte superiore del modulo è lo stesso della compagnia assicurativa responsabile dei PFL individuata nella *Richiesta di congedo parentale retribuito (Modulo PFL-1)*, Parte B, riga 13.

Tutte le informazioni richieste pertinenti devono essere completate dal beneficiario dell'assistenza o dal rappresentante autorizzato.

Se il beneficiario dell'assistenza non è in grado di compilare questo modulo, un rappresentante autorizzato deve allegare una copia della documentazione legale, ad esempio una procura o una delega in materia sanitaria, che consenta al rappresentante di apporre la propria firma per conto del beneficiario dell'assistenza. Il fornitore di assistenza sanitaria richiederà questa documentazione di autorizzazione salvo il rappresentante autorizzato sia un genitore che appone la propria firma per conto di un figlio minore.

Notifica ai sensi della Normativa di New York sulla tutela dei dati personali (New York Personal Privacy Protection Law) (Normativa sui funzionari pubblici, articolo 6-A (Public Officers Law Article 6-A)) e della Normativa federale sulla privacy (Federal Privacy Act of 1974) (5 USC art. 552a).

L'autorità della Workers' Compensation Board ("WCB") di esigere le informazioni personali dei dipendenti, incluso il numero di previdenza sociale o il numero di identificazione del contribuente, deriva dall'autorità amministrativa ai sensi della sezione 142 della Normativa in materia di infortuni sul lavoro (*Workers' Compensation Law*). 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 o del numero di identificazione del contribuente alla WCB è su base volontaria. La WCB protegge la riservatezza di tutte le informazioni personali in proprio possesso e le divulga soltanto per assolvere ai propri doveri d'ufficio e in ottemperanza alle normative statali e federali vigenti.



COMPILAZIONE A CARICO DEL/DELLA DIPENDENTE

Nome del/della dipendente (nome, iniziale del 2° nome, cognome)

Nome del/della beneficiario/a dell'assistenza (paziente)
(nome, iniziale del 2° nome, cognome)

Data di nascita del/della beneficiario/a dell'assistenza
(paziente) (MM/GG/AAAA)

DIVULGAZIONE DI INFORMAZIONI PERSONALI DI NATURA SANITARIA DA PARTE DEL/DELLA FORNITORE/TRICE DI ASSISTENZA SANITARIA PER UN/UNA FAMILIARE AFFETTO/A DA GRAVI CONDIZIONI DI SALUTE (compilazione a carico del/della beneficiario/a dell'assistenza o del/della rappresentante autorizzato/a e da inviare al/ alla fornitore/trice di assistenza sanitaria del/della beneficiario/a dell'assistenza con il Modulo PFL-4)

Nome del/della beneficiario/a dell'assistenza (paziente)

Io sottoscritto/a, _____, autorizzo il/la mio/a fornitore/trice di assistenza sanitaria indicato/a nel presente modulo a divulgare le mie informazioni personali di natura sanitaria a

Nome del/della dipendente

e alla compagnia assicurativa responsabile dei PFL per il/la

Nome della compagnia assicurativa responsabile del PFL

suo/a datore/trice di lavoro _____.

Documenti soggetti a divulgazione: Il presente modulo concede al/alla fornitore/trice di assistenza sanitaria indicato/a l'autorizzazione a includere informazioni provenienti dalle sue cartelle cliniche nel certificato medico allegato. Il presente modulo concede al/alla suo/a fornitore/trice di assistenza sanitaria l'autorizzazione a divulgare esclusivamente le informazioni nelle sue cartelle cliniche correlate alla sua patologia corrente, che è oggetto della richiesta di sussidi per Congedo parentale retribuito da parte del/della dipendente.

Durata della divulgazione revocabile: La presente autorizzazione termina dopo un anno o nel momento in cui la divulgazione viene revocata da lei. Può annullare la divulgazione in qualsiasi momento. Per annullarla, invii una comunicazione al/alla fornitore/trice di assistenza sanitaria indicato/a nel presente modulo.

Il presente modulo NON consente al/alla suo/a fornitore/trice di assistenza sanitaria di divulgare i seguenti tipi di informazioni, salvo specifica autorizzazione da parte sua a tale divulgazione. Inserisca una "X" accanto a tutte le informazioni che il/la suo/a professionista sanitario/a PUÒ divulgare:

- Informazioni correlate all'AIDS/HIV Informazioni sulla salute mentale Trattamento dell'alcolismo/della tossicodipendenza
 Appunti relativi alla psicoterapia

Informazioni sul/sulla fornitore/trice di assistenza sanitaria (compilazione a carico del/della beneficiario/a dell'assistenza o del/della rappresentante autorizzato/a)

Individui il/la fornitore/trice di assistenza sanitaria che attualmente le sta prestando il trattamento per una condizione soggetta alla richiesta di sussidi per PFL da parte del/della dipendente.

1. Nome del/della fornitore/trice di assistenza sanitaria

2. Indirizzo postale del/della fornitore/trice di assistenza sanitaria

Indirizzo postale

Città, Stato

Cod. postale

Paese (se diverso dagli Stati Uniti)

3. Numero di telefono del/della fornitore/trice di assistenza sanitaria (inserire il prefisso locale o del Paese)

Modulo PFL-3 - continua alla pagina successiva

COMPILAZIONE A CARICO DEL/DELLA DIPENDENTE

Nome del/della dipendente (nome, iniziale del 2° nome, cognome)

Nome del/della beneficiario/a dell'assistenza (paziente)
(nome, iniziale del 2° nome, cognome)

Data di nascita del/della beneficiario/a dell'assistenza (paziente) (MM/GG/AAAA)

DIVULGAZIONE DI INFORMAZIONI PERSONALI DI NATURA SANITARIA DA PARTE DEL/DELLA FORNITORE/ TRICE DI ASSISTENZA SANITARIA PER UN/UNA FAMILIARE AFFETTO/A DA GRAVI CONDIZIONI DI SALUTE
(compilazione a carico del/della beneficiario/a dell'assistenza o del/della rappresentante autorizzato/a e da inviare al/ alla fornitore/trice di assistenza sanitaria del/della beneficiario/a dell'assistenza con il Modulo PFL-4) - continua dalla pagina precedente

Modulo PFL-3 - continua dalla pagina precedente

Informazioni sul/sulla beneficiario/a dell'assistenza (compilazione a carico del/della beneficiario/a dell'assistenza o del/della rappresentante autorizzato/a)

4. Indirizzo postale del/della beneficiario/a dell'assistenza

Indirizzo postale

Città, Stato

Cod. postale

Paese (se diverso dagli Stati Uniti)

5. Numero di previdenza sociale del/della beneficiario/a dell'assistenza - -

6. Numero di telefono del/della beneficiario/a dell'assistenza (inserire il prefisso locale o del Paese)

LEGGA E SOTTOSCRIVA DI SEGUITO

Con la presente richiedo che il/la fornitore/trice di assistenza sanitaria indicato/a produca un "Certificato di assistenza necessaria per familiare affetto da gravi condizioni di salute del fornitore di assistenza sanitaria" (Modulo PFL-4) compilato al/alla dipendente individuato/a nel modulo PFL-4. Comprendo che tali informazioni includono una diagnosi e una prognosi della mia condizione corrente, la data in cui ha avuto inizio ed eventuali stime della quantità di assistenza di cui ho bisogno da parte del/della dipendente che richiede i sussidi di PFL a seguito della mia condizione corrente.

Firma del/della beneficiario/a dell'assistenza

Data della firma (MM/GG/AAAA)

Rappresentante autorizzato/a

Nome in stampatello

Io sottoscritto/a, _____ **, rappresento il/la beneficiario/a dell'assistenza in proposito come autorizzato da:**

- Responsabilità genitoriale Procura (allegarne una copia) Ordinanza del tribunale (allegarne una copia)
 Delega in materia sanitaria (allegarne una copia)

Firma del/della rappresentante autorizzato/a

Data della firma (MM/GG/AAAA)

Il/la dipendente dovrebbe conservarne una copia per riferimenti personali futuri.

Istruzioni per il Certificato di assistenza necessaria per familiare affetto da gravi condizioni di salute del fornitore di assistenza sanitaria (Modulo PFL-4)

Il dipendente che richiede un Congedo parentale retribuito (PFL) per prestare assistenza a un familiare affetto da gravi condizioni di salute deve presentare il *Certificato di assistenza necessaria per familiare affetto/a da gravi condizioni di salute del fornitore di assistenza sanitaria (Modulo PFL-4)* insieme alla *Richiesta di congedo parentale retribuito (Modulo PFL-1)*.

Dipendente:

- Il dipendente deve inserire il proprio nome, la propria data di nascita, altri eventuali cognomi usati per lavoro, il proprio numero di previdenza sociale o numero di identificazione del contribuente (TIN), il proprio indirizzo postale, insieme al nome e alla data di nascita del beneficiario dell'assistenza (paziente) nella parte superiore di pagina 1.
- Il dipendente deve inserire il proprio nome e la propria data di nascita, insieme al nome e alla data di nascita del beneficiario dell'assistenza (paziente) nella parte superiore di pagina 2.
- Il dipendente invia il *Certificato di assistenza necessaria per familiare affetto da gravi condizioni di salute del fornitore di assistenza sanitaria (Modulo PFL-4)* al fornitore di assistenza sanitaria.

CERTIFICATO DI ASSISTENZA NECESSARIA PER FAMILIARE AFFETTO/A DA GRAVI CONDIZIONI DI SALUTE DEL/ DELLA FORNITORE/TRICE DI ASSISTENZA SANITARIA (compilazione a carico del/della fornitore/trice di assistenza sanitaria per il/la beneficiario/a dell'assistenza (paziente) e da restituire al/alla dipendente indicato/a in precedenza)

Tutte le informazioni richieste pertinenti devono essere completate dal fornitore di assistenza sanitaria del paziente salvo siano indicate come opzionali.

Domanda 2: Si consiglia di fornire il codice ICD-10 opzionale.

Il fornitore di assistenza sanitaria del paziente deve completare le sezioni sulle Informazioni del paziente e sul Fornitore di assistenza sanitaria del *Certificato di assistenza necessaria per familiare affetto da gravi condizioni di salute del fornitore di assistenza sanitaria (Modulo PFL-4)*.

Il fornitore di assistenza sanitaria deve apporre date e firma, e poi restituire il modulo al dipendente che ha richiesto il PFL.

Se ritiene che il paziente sia vittima di abusi o incuria causati dal dipendente che ha richiesto il PFL, può rifiutarsi di fornire questo certificato.

Dipendente:

- Quando riceve il *Certificato di assistenza necessaria per familiare affetto da gravi condizioni di salute del fornitore di assistenza sanitaria (Modulo PFL-4)* compilato da parte del fornitore di assistenza sanitaria, invii i moduli completi e la documentazione giustificativa alla compagnia assicurativa.

Notifica ai sensi della Normativa di New York sulla tutela dei dati personali (New York Personal Privacy Protection Law) (Normativa sui funzionari pubblici, articolo 6-A (Public Officers Law Article 6-A)) e della Normativa federale sulla privacy (Federal Privacy Act of 1974) (5 USC art. 552a).

L'autorità della Workers' Compensation Board ("WCB") di esigere le informazioni personali dei dipendenti, incluso il numero di previdenza sociale o il numero di identificazione del contribuente, deriva dall'autorità amministrativa ai sensi della sezione 142 della Normativa in materia di infortuni sul lavoro (*Workers' Compensation Law*). 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 o del numero di identificazione del contribuente alla WCB è su base volontaria. La WCB protegge la riservatezza di tutte le informazioni personali in proprio possesso e le divulga soltanto per assolvere ai propri doveri d'ufficio e in ottemperanza alle normative statali e federali vigenti.



COMPILAZIONE A CARICO DEL/DELLA DIPENDENTE

Nome del/della dipendente (nome, iniziale del 2° nome, cognome)

Data di nascita del/della dipendente (MM/GG/AAAA)

Altri eventuali cognomi usati dal/dalla dipendente per lavoro

Numero di previdenza sociale o TIN del/della dipendente

Indirizzo postale del/della dipendente

Indirizzo postale

Città, Stato

Cod. postale

Paese (se diverso dagli Stati Uniti)

Nome del/della beneficiario/a dell'assistenza (paziente)
(nome, iniziale del 2° nome, cognome)

Data di nascita del/della beneficiario/a dell'assistenza
(paziente) (MM/GG/AAAA)

CERTIFICATO DI ASSISTENZA NECESSARIA PER FAMILIARE AFFETTO DA GRAVI CONDIZIONI DI SALUTE DEL FORNITORE DI ASSISTENZA SANITARIA (compilazione a carico del fornitore di assistenza sanitaria per il beneficiario dell'assistenza (paziente) e da restituire al/alla dipendente indicato/a in precedenza)

Informazioni del/della beneficiario/a dell'assistenza (paziente) (compilazione a carico del/della fornitore/trice di assistenza sanitaria)

1. Il/la paziente necessita dell'assistenza da parte del/della dipendente che ha richiesto il Congedo parentale retribuito (PFL)?

Sì No (Se no, passare a "Informazioni del/della fornitore/trice di assistenza sanitaria".)

Nota: ai fini della presente sezione, l'espressione "prestare assistenza" può includere assistenza fisica indispensabile, sostegno emotivo, visite, assistenza durante il trattamento, trasporto, organizzazione di una modifica all'assistenza, assistenza con questioni di vita quotidiana essenziali e servizi di assistenza personale.

2. Codice ICD-10 primario (opzionale)

3. Diagnosi

4. Data in cui ha avuto inizio la condizione del/della paziente (MM/GG/AAAA) / /

5. Prima data in cui è necessaria l'assistenza per il/la paziente (MM/GG/AAAA) / /

6. Data prevista in cui il/la paziente non avrà più bisogno di assistenza (MM/GG/AAAA) / /

7. Numero previsto di giorni alla settimana O di giorni al mese in cui il/la paziente richiede assistenza

Giorni/settimana

O

Giorni/mese

Informazioni del/della fornitore/trice di assistenza sanitaria (compilazione a carico del/della fornitore/trice di assistenza sanitaria)

8. Nome del/della fornitore/trice di assistenza sanitaria

Modulo PFL-4 - continua alla pagina successiva

COMPILAZIONE A CARICO DEL/DELLA DIPENDENTE

Nome del/della dipendente (nome, iniziale del 2° nome, cognome) **Data di nascita del/della dipendente** (MM/GG/AAAA)

_____ / /

Nome del/della beneficiario/a dell'assistenza (paziente)
(nome, iniziale del 2° nome, cognome)

Data di nascita del/della beneficiario/a dell'assistenza (paziente) (MM/GG/AAAA)

_____ / /

CERTIFICATO DI ASSISTENZA NECESSARIA PER FAMILIARE AFFETTO DA GRAVI CONDIZIONI DI SALUTE DEL FORNITORE DI ASSISTENZA SANITARIA (compilazione a carico del/della fornitore/trice di assistenza sanitaria per il/la beneficiario/a dell'assistenza (paziente) e da restituire al/alla dipendente indicato/a in precedenza) - continua dalla pagina precedente

Modulo PFL-4 - continua dalla pagina precedente

9. Tipo di fornitore/trice di assistenza sanitaria:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medico (MD) | <input type="checkbox"/> Dentista (DDS/DDM) | <input type="checkbox"/> Assistente sociale (LMSW/LCSW) |
| <input type="checkbox"/> Osteopata (DO) | <input type="checkbox"/> Assistente medico/a (PA) | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) |
| <input type="checkbox"/> Podologo/a (DPM) | <input type="checkbox"/> Infermiere/a (NP) | |
| <input type="checkbox"/> Chiropratico/a (DC) | <input type="checkbox"/> Psicologo/a | |

10. Indirizzo postale del/della fornitore/trice di assistenza sanitaria

Indirizzo postale

Città, Stato

Cod. postale

Paese (se diverso dagli Stati Uniti)

11. Numero di telefono del/della fornitore/trice di assistenza sanitaria

(inserire il prefisso locale o del Paese) _____

12. Numero di fax del/della fornitore/trice di assistenza sanitaria

(inserire il prefisso locale o del Paese) _____

13. Indirizzo e-mail del/della fornitore/trice di assistenza sanitaria (se disponibile) _____

14. Stato o Paese (se diverso dagli Stati Uniti) in cui il/la fornitore/trice di assistenza sanitaria è autorizzato/a a esercitare la professione _____

15. Specializzazione _____

16. Numero di licenza del/della fornitore/trice di assistenza sanitaria _____

Certificazione e firma

Qualsiasi persona che, consapevolmente e con intento di frodare una compagnia assicurativa o un'altra persona che presenta una richiesta di assicurazione o una domanda giudiziale contenente eventuali informazioni concretamente false o che occulti, allo scopo di fuorviare, informazioni riguardanti qualsiasi relativo fatto materiale, commette una frode assicurativa, ovvero un reato, e sarà altresì soggetta a sanzione civile non superiore a cinquemila dollari e al valore dichiarato dell'indennità per ciascuna violazione di questo tipo.

La mia firma attesta che le informazioni da me fornite nel presente modulo si basano sulla mia valutazione professionale nell'ambito della mia competenza autorizzata.

Firma del/della fornitore/trice di assistenza sanitaria

Data della firma (MM/GG/AAAA)

_____ / /