

FORMULARZ ZEZWOLENIA NA WPLĄTY BEZPOŚREDNIE

Wskazówki: Jest to formularz przykładowy wyłącznie do celów poglądowych. Nie należy go wypełniać. Aby rozpocząć, zmienić lub anulować przekazywanie czeków z tytułu odszkodowań pracowniczych i/lub wpływów z umowy o ugodzie zgodnie z WCL § 32 (zwane dalej wpływami z tytułu ugody) bezpośrednio do instytucji finansowej: należy wypełnić formularz dostępny na stronie internetowej swojego ubezpieczyciela lub administratora i przesłać go bezpośrednio do niego. **Nie należy go wysłać do Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych:** Papierową kopię formularza można uzyskać kontaktując się z ubezpieczycielem.

PRAWA OSOBY WNOSZĄCEJ ROSZCZENIE DO WPLĄT BEZPOŚREDNICH

- Wypełnienie formularza jest opcjonalne, ma Pan(i) jednak prawo do otrzymywania odszkodowania pracowniczego lub świadczeń w związku ze śmiercią w formie wpłaty bezpośredniej. Ma Pan(i) również prawo do otrzymania odszkodowań pracowniczych lub świadczeń w związku ze śmiercią w formie czeku papierowego wysłanego pocztą.
- Przysługuje Panu(-i) prawo do anulowania zlecenia wpłat bezpośrednich w dowolnym momencie, poprzez zaznaczenie odpowiedniego pola w tym formularzu i przesłanie wypełnionego formularza do administratora ds. roszczeń odpowiedzialnego za roszczenie o odszkodowanie pracownicze. Żądanie zostanie zrealizowane w ciągu czterdziestu pięciu dni od otrzymania zawiadomienia, a następnie wypłata świadczeń będzie wysłana czekiem papierowym.
- Od 1 lipca 2021 r. ma Pan(i) prawo do deponowania takich płatności na co najmniej dwóch wybranych kontach bankowych, jako procent całkowitego świadczenia lub stałą kwotę w dolarach za każdą wpłatę. Administrator ds. roszczeń może zażądać wpłaty minimalnej kwoty do 20 USD na każde konto bankowe.

ZEZWOLENIA I POROZUMIENIA

- Upoważniam administratora ds. roszczeń do bezpośredniej wpłaty świadczeń z tytułu odszkodowania pracowniczego lub świadczeń związanych ze śmiercią na określone konto(a) bankowe.
- Upoważniam administratora ds. roszczeń do obciążenia konta w celu odzyskania wszelkich środków zdeponowanych na skutek błędu. Administrator ds. roszczeń może odzyskać środki zdeponowane błędnie w dowolny zgodny z prawem sposób. **WAŻNE!** Zgoda ta nie upoważnia administratora ds. roszczeń do odzyskania rzekomych nadpłat ustalonych i przyznanych świadczeń.
- Rozumiem, że każda zmiana mojego statusu zatrudnienia może wpłynąć na prawo do otrzymywania świadczeń.
- Rozumiem, że złożenie fałszywego oświadczenia lub nieujawnienie istotnego faktu w celu uzyskania lub zwiększenia kwoty świadczeń może skutkować postępowaniem karnym, pozbawieniem uprawnień do świadczeń oraz koniecznością zwrotu wszelkich środków zdeponowanych na moim koncie.
- Rozumiem, że niepowiadomienie ubezpieczyciela, pracodawcy posiadającego samoubezpieczenie lub administratora strony trzeciej (TPA) (administrator ds. roszczeń) o każdej zmianie instytucji finansowej lub konta może opóźnić otrzymanie świadczeń lub wpływów z tytułu ugody.
- Rozumiem, że aby zmienić lub anulować wpłaty bezpośrednie odszkodowania pracowniczego lub świadczeń związanych ze śmiercią, muszę przesłać ten formularz do administratora ds. roszczeń.
 - Rozumiem, że mam obowiązek niezwłocznego powiadomienia administratora ds. roszczeń o utracie uprawnień do takich płatności lub o zmianach w okolicznościach, które wpływają na uprawnienie do takiej płatności.
 - Rozumiem, że administrator ds. roszczeń może wymagać ode mnie corocznego poświadczenia, że nadal wybieram otrzymywanie świadczeń w formie wpłat bezpośrednich, a w przypadku niezłożenia takiego poświadczenia, administrator ds. roszczeń może przerwać wpłaty bezpośrednie, a następnie przesyłać świadczenia w formie czeku papierowego.



☐ NOWA REJESTRACJA ☐ ZMIANA ☐ ANULOWANIE

CZĘŚĆ 1 (WYPEŁNIA OSOBA WNOSZĄCA ROSZCZENIE)

Imię i nazwisko deponenta/osoby wnoszącej roszczenie (nazwisko, imię):	Numer roszczenia WCB:
Numer telefonu (z nr kierunkowym):	Adres e-mail:
Adres:	
OŚWIADCZENIE DEPONENTA/OSOBY WNOSZĄCEJ ROSZCZENIE/WSPÓŁPOSIADACZA KONTA Oświadczam, że jestem uprawniony(-a) do otrzymywania przedmiotowych płatności odszkodowania lub świadczeń związanych ze śmiercią, a okoliczności uprawniające do takiego odszkodowania lub świadczeń związanych ze śmiercią nie uległy zmianie. Rozumiem, że administrator ds. roszczeń może zażądać corocznego zaświadczenia o dalszych uprawnieniach do takich płatności lub świadczeń i że takie zaświadczenie musi zostać dostarczone w ciągu sześćdziesięciu dni, aby kontynuować płatności w formie bezpośredniej wpłaty.	
Podpis pod oświadczeniem deponenta/osoby wnoszącej roszczenie	Data
Podpis pod oświadczeniem współposiadacza konta	Data

CZĘŚĆ 2

Proszę skontaktować się ze swoją instytucją finansową, aby uzupełnić informacje wymagane w tej części. Wpłata bezpośrednia jest dostępna tylko wtedy, gdy instytucja finansowa jest częścią Automated Clearinghouse (automatyczna izba rozliczeniowa) w stanie Nowy Jork. Ponadto na koncie MUSI widnieć imię i nazwisko deponenta.

Nazwa instytucji finansowej:	Rodzaj rachunku: ☐ Bieżący ☐ Oszczędnościowy Kwota lub wartość procentowa wpłaty: _____
Numer rachunku deponenta (format EFT):	Numer rozliczeniowy:

Nazwa drugiej instytucji finansowej:	Rodzaj rachunku: ☐ Bieżący ☐ Oszczędnościowy Kwota lub wartość procentowa wpłaty: _____
Numer rachunku deponenta (format EFT):	Numer rozliczeniowy: