



Informazioni sulla richiesta d'indennità - TUTTE LE COMUNICAZIONI DEVONO INCLUDERE QUESTI DATI

Data infortunio / malattia: _____ N. pratica WCB: _____

Informazioni del lavoratore infortunato

☐ Spuntare se si tratta di nuovo indirizzo

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

Indirizzo postale: _____ Riga 2: _____

Città: _____ Stato: _____ Cod. Post.: _____ Paese: Stati Uniti

N. di telefono: _____ Indirizzo e-mail: _____

N. di previdenza sociale: _____ Data di nascita: _____ Genere: ☐ M ☐ F ☐ X

Informazioni del datore di lavoro

Nome del datore di lavoro: _____

Indirizzo postale: _____ Riga 2: _____

Città: _____ Stato: _____ Cod. Post.: _____ Paese: Stati Uniti

N. tel. datore di lavoro: _____ Identificativo fiscale federale: _____ L'identificativo fiscale è (selezionare uno): ☐ SSN ☐ EIN

Motivo della richiesta - istruzioni: Spuntare tutte le caselle pertinenti. Accertarsi di allegare tutti i moduli aggiuntivi, i referti medici, le comunicazioni, ecc. necessari per ogni casella. Evitare di allegare le informazioni aggiuntive se sono già state comunicate. Si prega, tuttavia, di identificarle scrivendo nello spazio in calce a questo documento** il numero o il titolo del modulo, e la data del suo invio alla WCB. Apporre data e firma nel modulo sottostante.

Pagamenti dell'indennità:

- ☐ a. Non sto lavorando alla data del _____ e non sto ricevendo pagamenti. **Necessità della documentazione medica a indicazione dello stato di invalidità. Spuntare tutte le opzioni pertinenti:**
- ☐ Ho presentato una richiesta di indennità per un infortunio sul lavoro.
- ☐ Il mio datore di lavoro non mi sta corrispondendo lo stipendio.
- ☐ La mia richiesta di indennità non è stata rifiutata.
- ☐ Non sono stato/a oggetto di una decisione che mi impedisca di ricevere l'indennità.
- ☐ Ho tentato di risolvere la situazione con l'assicuratore.
- ☐ b. I miei pagamenti sono stati interrotti o ridotti.
- ☐ c. Ho ricominciato a lavorare in data _____ con stipendio pieno.
- ☐ d. La mia retribuzione è diminuita dopo l'infortunio. **Allegare la busta paga attuale e i referti medici del proprio medico.**
- ☐ e. Avevo due o più datori di lavoro alla data dell'incidente/infortunio (concomitante attività lavorativa).
Allegare la retribuzione settimanale lorda precedente all'infortunio e la dichiarazione del secondo datore di lavoro relativa alle ore perse.
- ☐ f. Sono stato/a scarcerato/a in data _____ e non sto ricevendo pagamenti.
Allegare la documentazione che comprova lo stato di invalidità e la scarcerazione.
- ☐ g. Non ho ricevuto i pagamenti stabiliti dalla decisione pronunciata in data _____

Questioni sanitarie:

- ☐ h. La mia Richiesta di autorizzazione preventiva (*Prior Authorization Request, PAR*) è stata rifiutata dall'assicuratore. **Allegare la comunicazione di rifiuto della PAR.** Il riesame da parte della WCB Adjudication può essere richiesto soltanto se:
- ☐ La categoria del rifiuto era *Administrative* (amministrativa) o *No Jurisdiction* (nessuna competenza).
Allegare tutti i documenti che mostrano i motivi per cui il rifiuto non era corretto.
- ☐ I Servizi speciali previsti dalle MTG o la PAR di variazione delle MTG sono stati rigettati per motivi medici.
- ☐ Una PAR non MTG superiore a 1.000 \$ è stata accolta parzialmente.
- ☐ i. La PAR per i servizi speciali previsti dalle MTG o dalla variazione delle MTG, per il farmaco o per l'apparecchiatura medica durevole è stata rigettata o accolta in parte dall'Ufficio del direttore sanitario. **Allegare l'"Avviso di risoluzione" (Notice of Resolution) in merito al trattamento.**
- ☐ j. La mia invalidità è diventata permanente. **Allegare il "Referto del medico per massimo miglioramento clinico/disabilità permanente" (Modulo C-4.3, Doctor's Report of MMI/Permanent Impairment).**
- ☐ Spuntare questa casella se l'incidente si è verificato quando si aveva meno di 25 anni.
- ☐ k. La mia situazione clinica è cambiata. **Allegare i referti medici.**
- ☐ l. La mia richiesta di rimborso per il trattamento e il trasporto è stata rifiutata o non è stata esaminata. **Allegare le ricevute e il Modulo C-257.**



Altre questioni:

☐ m. Ho nuove informazioni e/o le informazioni richieste dalla WCB in merito a (**allegare i documenti**):

☐ n. Altro (spiegare nello spazio sottostante):

****Informazioni di riferimento del documento (data, nome / titolo, identificativo del modulo):** _____

Firma del lavoratore infortunato: _____ **Data:** _____

Informazioni generali per il lavoratore infortunato sull'uso del presente modulo

Può inviare questo modulo (RFA-1W) e qualsiasi allegato alla Workers' Compensation Board quando desidera che la WCB si pronunci in merito alla sua richiesta di indennità, oppure se ha necessità di segnalare alla WCB qualsiasi problema o situazione che stia pregiudicando la sua richiesta. Le azioni / circostanze segnalate con maggiore frequenza sono problemi legati ai pagamenti dell'indennità (campi a-g) o questioni sanitarie (campi h-l), ma può richiederne l'intervento per altre questioni non in elenco. Spunti tutte le opzioni pertinenti e/o aggiunga informazioni o spiegazioni nello spazio fornito (m o n).

Compili tutti i campi all'inizio del Modulo RFA-1W e invii il modulo, ALLEGANDO TUTTE LE INFORMAZIONI PERTINENTI*, a:

Workers' Compensation Board

PO Box 5205

Binghamton, NY 13902-5205

Indirizzo e-mail per la presentazione elettronica: wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov

La WCB contatterà lei e tutte le altre parti interessate quando prenderà provvedimenti per la sua richiesta di indennità.

*Le informazioni necessarie sono indicate in grassetto dopo ogni casella da spuntare. Ad esempio, se sta comunicando alla WCB che la sua invalidità è diventata permanente (casella j), le informazioni necessarie sono quelle del "Referto del medico per massimo miglioramento clinico / disabilità permanente" (Modulo C-4.3).

DEVE INVIARE UNA COPIA DEL PRESENTE MODULO ALL'ASSICURATORE, O DIRETTAMENTE AL DATORE DI LAVORO O AL SUO AMMINISTRATORE TERZO QUALORA IL DATORE DI LAVORO DISPONGA DI ASSICURAZIONE AUTONOMA.

In caso di altri dubbi, si rivolga al **Difensore dei lavoratori infortunati (ADVOCATE FOR INJURED WORKERS)** al numero (800) 580-6665. È possibile ottenere maggiori informazioni sui servizi della WCB dal loro sito web: www.wcb.ny.gov. Se desidera seguire la sua richiesta di indennità online, può registrarsi su eCase utilizzando le istruzioni per la registrazione disponibili nella sezione eCase del sito della WCB.

Ha diritto a una rappresentanza legale. Gli avvocati non possono addebitarle direttamente costi per la loro rappresentanza nell'ambito di una richiesta di indennità per infortuni sul lavoro. Se la sua richiesta prevede un risarcimento, qualsiasi parcella presentata deve essere approvata dalla WCB, e l'assicuratore provvederà a dedurla dal risarcimento corrispondendola direttamente all'avvocato.

Trattamento medico - farmaco / apparecchiatura medica durevole / trattamento / esame: il presente modulo deve essere utilizzato quando è stata negata una richiesta di carattere medico e lei sta chiedendo l'assistenza della WCB in merito a uno dei motivi elencati alla casella h. Se l'autorizzazione preventiva non è stata ancora richiesta ed è necessaria, il suo fornitore di assistenza sanitaria deve presentare una Richiesta di autorizzazione preventiva (*Prior Authorization Request*, PAR). Si possono trovare informazioni in merito alla presentazione delle PAR o delle fatture mediche non saldate sul sito della WCB: www.wcb.ny.gov.

QUALSIASI PERSONA CHE, CONSAPEVOLMENTE E CON INTENTO FRAUDOLENTO, DETERMINI LA COMUNICAZIONE DI QUALSIASI INFORMAZIONE CHE CONTENGA COSTATAZIONI FALSE O OCCULTI QUALSIASI FATTO MATERIALE, OPPURE LA PREPARI PER COMUNICARLA O AFFINCHÉ SIA COMUNICATA A O DA UN ASSICURATORE O UNA PERSONA CON ASSICURAZIONE AUTONOMA, SARÀ REPUTATA COLPEVOLE DI REATO E SOGGETTA A COSPICUE SANZIONI E ALLA RECLUSIONE.

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 lavoratori infortunati 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 soltanto per assolvere ai propri doveri d'ufficio e in ottemperanza alle normative statali e federali vigenti.