



您必須完整回答所有問題 — 以打字方式清晰填寫或工整書寫。認真閱讀第二頁關於作為世界貿易中心志願者提交索賠的要求。您必須在提交本表格時按要求提供所有文件記錄，包括來自世界貿易中心健康計劃的認定書。

A. 受傷人員

姓氏：_____ 名字：_____ 中間名縮寫：_____
郵寄地址：_____ 行 2：_____
城市：_____ 州：_____ 郵政編碼：_____ 國家：_____
日間電話號碼：_____ 電子郵件地址：_____
社會安全號碼：_____ 出生日期（月月/日日/年年年）：_____ 性別：☐ 男 ☐ 女 ☐ 第三性別
您是否講英語：☐ 是 ☐ 否 若選否，您講的語言是：_____

B. 地點/時間

您曾在 Ground Zero 或 Fresh Kills Landfill 或其附近擔任志願者的日期是（月月/日日/年年年）：_____
志願者機構或救援實體是否曾指導您在 Ground Zero 或其附近區域或 Fresh Kills Landfill 的活動：☐ 是 ☐ 否
如選是，機構或實體的名稱：_____
如選否，誰可以提供支持在 WTC 救援、恢復或清理工作中的參與之陳述：_____

C. 受到的傷害/疾病之性質和程度

該傷害/疾病是如何發生的：_____
完整說明您受到的傷害/疾病的性質，包括所有受傷的身體部位：_____
您是否曾因為該傷害/疾病停止正常的工作：☐ 是 ☐ 否 若選是，停止的日期（月月/日日/年年年）：_____
若您曾停止正常的工作，您是否已經返回工作崗位：☐ 是 ☐ 否 若選是，返回的日期（月月/日日/年年年）：_____
正規雇主的姓名：_____
正規雇主的地址：_____

D. 福利/醫療照護

您是否曾申請 9 月 11 日受害者賠償基金的福利：☐ 是 ☐ 否
如選是，說明您的索賠狀態：_____
您是否曾獲得或者目前在獲得醫療照護：☐ 是 ☐ 否 您目前是否需要醫療照護：☐ 是 ☐ 否
主治醫生的姓名：_____
醫生的地址：_____
如果您曾住院，說明住院的日期（月月/日日/年年年）：_____
醫院的名稱：_____
醫院的地址：_____
您是否曾因治療所受傷害/疾病的醫療照護產生任何自費支出：☐ 是 ☐ 否
若選是，所產生的自費支出的總金額是多少：\$ _____

本人特此呈遞本人因在 Ground Zero 或其附近區域或 Fresh Kills Landfill 開展志願工作導致的傷害/疾病提交的賠償索賠，並且為了支持該索賠，本人做出上述事實陳述。

受傷人員簽名（索賠人）

日期

任何個人在知情的情況下，出於避免提供本章節下的任何付款或福利之目的，在針對付款或福利的報告、調查或調整過程中，做出針對重大事實的虛假陳述或表示，均應屬於有罪，須受到巨額罰款和監禁之懲罰。

給世界貿易中心志願者的賠償索賠之索賠人的重要資訊 (表格 WTCVol-3)

目前有可用資金，以賠償在 2001 年 9 月 11 日世界貿易中心遭恐怖襲擊後為紐約人提供援助期間受傷或致殘的志願者。這些資金被稱作世界貿易中心志願者基金。紐約州 Workers' Compensation Board 將收到因在世界貿易中心現場或 Fresh Kills landfill 開展志願活動而患病或受傷的志願者提交的索賠，然後按照《工傷賠償法》和委員會的規則管理來自基金的付款。通過完成、簽署和提交本表格，您即是向紐約州世界貿易中心志願者基金提出索賠。

請注意，給所有世界貿易中心志願者的福利，受限於通過紐約州世界貿易中心志願者基金提供的資金的持續存在。

為了記錄您的索賠，請將本表格連同以下文件副本，提交至紐約州 Workers' Compensation Board：

1. 志願者身份的證明（指導您於 9 月 11 日在 Ground Zero 或 Fresh Kills Landfill 志願者活動的機構提供的表彰/確認函；照片、見證人信函等）。
2. 在指定場地開展志願活動導致的有因果關係之傷害或疾病的醫療證明。
3. 完整填寫的 WTC-12 表格（參與世界貿易中心救援、恢復或清理工作的登記）。
4. 世界貿易中心健康計劃發出的接受或拒絕信。委員會現在要求志願工作者先向世界貿易中心健康計劃提交索賠後，再向委員會提交索賠；應該在提交 WTCVol-3 時一併提交世界貿易中心健康計劃的福利信函。
5. 如果您曾向受害者賠償基金提交索賠，提供最近的資格判定信函、裁定書或其他索賠狀態的通知。
6. 完整填寫的 WTC HIPAA 披露表 - wcb.ny.gov/content/main/forms/wtc-hipaa_C.pdf
7. 完整填寫的受害者賠償基金披露表 - wcb.ny.gov/content/main/forms/wtc-vcf_auth_C.pdf

請保留所有文件記錄，留作您的記錄。

請通知您的醫療提供者您與 Workers' Compensation Board 管理的紐約州世界貿易中心志願者基金有待決索賠，請他們將其帳單和醫療報告發給 New York State Workers' Compensation Board, No Insurance Unit, PO Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205。

依據《紐約個人隱私保護法》

（《公職人員法》第 6-A 條）和《1974 年聯邦隱私法》（5 U.S.C. § 552a）發出通知。

Workers' Compensation Board（委員會）有權要求索賠人提供個人資訊，包括他們的社會安全號碼；該權力源自委員會依照《工傷賠償法》（WCL）§ 20 的調查權力以及依照 WCL § 142 的行政管理權力。收集該資訊的目的是協助委員會盡可能以最方便的方式開展調查和管理索賠案件工作，幫助委員會保留正確的索賠記錄。向委員會提供您的社會安全號碼是自願的。未能在本表格中提供您的社會安全號碼不會受到處罰；這也不會導致您的索賠被拒絕或福利有減少。委員會將保護其持有的所有個人資訊的保密性，僅會為了促進其公務、依照適用的州和聯邦法律披露個人資訊。

HIPAA 通知

為了裁定工傷賠償索賠或殘障，WCL-13-a(4)(a) 和 12 NYCRR 325-1.3 要求醫療保健提供者定期向委員會和保險公司或雇主提交治療的醫療報告。依照 45 CFR 164.512，這些依法要求的醫療報告不受 HIPAA 對健康資訊披露之限制。