



RICHIESTA DI INDENNITÀ PER I VOLONTARI DEL WORLD TRADE CENTER

DEVE rispondere a tutte le domande in modo esaustivo, in stampatello o con calligrafia chiara. Legga con attenzione i requisiti per presentare una richiesta in qualità di volontario/a del World Trade Center a pagina due. Deve fornire tutta la documentazione richiesta insieme al presente modulo, inclusa una comunicazione di determinazione da parte del World Trade Center Health Program.

A. Persona infortunata

Cognome: _____ Nome: _____ Iniz. 2° nome: _____
Indirizzo postale: _____ Riga 2: _____
Città: _____ Stato: _____ Cod. postale: _____ Paese: _____
N. di telefono: _____ Indirizzo email: _____
N. di previdenza sociale: _____ Data di nascita (MM/GG/AAAA): _____ Genere: ☐ M ☐ F ☐ X
Parla inglese? ☐ Sì ☐ No Se "No", quale lingua parla? _____

B. Luogo/periodo

In quali date ha svolto volontariato in corrispondenza o in prossimità di Ground Zero o della discarica di Fresh Kills (MM/GG/AAAA)? _____

Un'organizzazione di volontariato o un ente di soccorso ha diretto le sue attività in corrispondenza di Ground Zero o nelle sue vicinanze o alla discarica di Fresh Kills? ☐ Sì ☐ No

Se "Sì", nome dell'organizzazione o dell'ente: _____

Se "No", chi può fornire una dichiarazione a sostegno della sua partecipazione alle operazioni di soccorso, recupero o bonifica del WTC? _____

C. Natura ed entità dell'infortunio/della malattia

Come si è prodotto/a l'infortunio/la malattia? _____

Indicare per intero la natura dell'infortunio/della malattia, incluse tutte le parti del corpo infortunate: _____

Ha interrotto il lavoro regolare a causa di questo infortunio/questa malattia? ☐ Sì ☐ No Se "Sì", data dell'interruzione (MM/GG/AAAA): _____

Se ha interrotto il lavoro regolare, è tornato/a al lavoro? ☐ Sì ☐ No Se "Sì", data del ritorno (MM/GG/AAAA): _____

Nome del datore di lavoro abituale: _____

Indirizzo del datore di lavoro abituale: _____

D. Sussidi/assistenza medica

Ha richiesto i sussidi del September 11th Victim Compensation Fund? ☐ Sì ☐ No

Se "Sì", fornire lo stato della sua richiesta: _____

Ha ricevuto o sta ricevendo ora assistenza medica? ☐ Sì ☐ No Ha bisogno di assistenza medica ora? ☐ Sì ☐ No

Nome del medico responsabile: _____

Indirizzo del medico: _____

Se si trovava in ospedale, fornire le date del ricovero (MM/GG/AAAA): _____

Nome dell'ospedale: _____

Indirizzo dell'ospedale: _____

Ha sostenuto personalmente eventuali spese per l'assistenza medica volta a trattare l'infortunio/la malattia? ☐ Sì ☐ No

Se "Sì", qual è l'importo totale delle spese sostenute personalmente? \$ _____

Con la presente inoltro la mia richiesta di indennità per infortunio/malattia derivante da attività di volontariato in corrispondenza di Ground Zero o nelle sue vicinanze o alla discarica di Fresh Kills, e a sostegno di ciò confermo la fattualità delle dichiarazioni di cui sopra.

Firma della persona infortunata (richiedente)

Data

Qualsiasi persona che RENDA INTENZIONALMENTE FALSE DICHIARAZIONI O TESTIMONIANZE in merito a un fatto materiale nel corso della presentazione, dell'indagine o dell'adeguamento di una richiesta per qualsiasi sussidio o pagamento a norma del presente capo allo scopo di evitare l'erogazione di detto pagamento o sussidio, SARÀ RICONOSCIUTO COLPEVOLE DI UN REATO E SOGGETTO A COSPICUE SANZIONI E PENE DETENTIVE.

**Informazioni importanti per il richiedente - Richiesta di indennità per i volontari del
World Trade Center (modulo WTCVol-3)**

Sono disponibili dei fondi per risarcire i volontari che si sono infortunati o sono diventati invalidi mentre prestavano assistenza ai newyorchesi a seguito degli attacchi terroristici dell'11 settembre 2001 al World Trade Center. Questi fondi sono noti come *World Trade Center Volunteer Fund* (Fondo per i volontari del World Trade Center) dello Stato di New York. La Workers' Compensation Board dello Stato di New York riceverà le richieste di indennità dai volontari colpiti da una malattia o un infortunio derivante dalle attività di volontariato presso il sito del World Trade Center o la discarica di Fresh Kills, e gestirà i pagamenti dal fondo in conformità con la Normativa in materia di infortuni sul lavoro (*Workers' Compensation Law*) e con le norme della WCB. Compilando, sottoscrivendo e presentando il presente modulo, sta inoltrando una richiesta di indennità al World Trade Center Volunteer Fund dello Stato di New York.

Tenga presente che i sussidi per tutti i volontari del World Trade Center sono limitati alla sopravvivenza dei finanziamenti stanziati attraverso il World Trade Center Volunteer Fund dello Stato di New York.

Al fine di documentare la sua richiesta, presenti questo modulo unitamente alle copie dei seguenti documenti alla Workers' Compensation Board dello Stato di New York:

1. Prova della posizione di volontario (lettera di encomio/conferma dall'organizzazione che ha diretto le sue attività di volontariato dell'11 settembre presso Ground Zero o la discarica di Fresh Kills; fotografie, lettere di testimonianza, ecc.);
2. Evidenze mediche di un infortunio o una malattia in nesso di causalità con l'attività di volontariato presso il sito designato;
3. Modulo WTC-12 compilato (Registrazione della partecipazione alle operazioni di soccorso, recupero o bonifica del World Trade Center);
4. Comunicazione di accettazione o rigetto dal World Trade Center Health Program; la WCB ora richiede che i volontari presentino una richiesta di indennità al World Trade Center Health Program prima di presentare una richiesta alla WCB; la comunicazione relativa ai sussidi del World Trade Center Health Program deve essere presentata unitamente al modulo WTCVol-3;
5. Se ha presentato una richiesta di indennità al *Victim Compensation Fund* (Fondo per il risarcimento delle vittime), fornisca la più recente comunicazione relativa alla decisione sull'idoneità, la comunicazione di assegnazione o altra notifica in relazione allo stato della richiesta di indennità;
6. Liberatoria HIPAA del WTC compilata - wcb.ny.gov/content/main/forms/wtc-hipaa_1.pdf;
7. Liberatoria del Victim Compensation Fund compilata - wcb.ny.gov/content/main/forms/wtc-vcf_auth_1.pdf.

Conservi tutta la documentazione per suo riferimento.

Informi i suoi operatori sanitari della presenza di una richiesta in corso al World Trade Center Volunteer Fund dello Stato di New York gestito dalla Workers' Compensation Board e che le loro fatture e i loro referti medici devono essere inviati al seguente indirizzo: New York State Workers' Compensation Board, No Insurance Unit, PO Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205.

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 U.S.C. § 552a).

L'autorità della Workers' Compensation Board ("WCB") di esigere le informazioni personali, incluso il numero di previdenza sociale, dei richiedenti 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.

INFORMATIVA HIPAA

Al fine di pronunciarsi su una richiesta di indennità per infortuni sul lavoro o invalidità, le normative WCL-13-a(4)(a) e 12 NYCRR 325-1.3 richiedono ai fornitori di assistenza sanitaria di presentare regolarmente referti medici del trattamento alla WCB e alla compagnia assicurativa o al datore di lavoro. Ai sensi della normativa 45 CFR 164.512 tali referti medici legalmente richiesti sono esenti dalle limitazioni dell'informativa HIPAA sulla divulgazione delle informazioni sanitarie.