



모든 질문에 정자체로 기입하거나 전자 입력 후 인쇄하여 명확하게 답변해야 합니다. 두 번째 페이지의 세계무역센터 자원봉사자 청구 제출 요건을 자세히 읽으십시오. 세계무역센터 건강 프로그램(World Trade Center Health Program) 확인서를 포함하여 모든 필수 서류를 이 양식과 함께 제출해야 합니다.

A. 부상자

성: _____ 이름: _____ 중간 이름: _____
주소: _____ 주소 2: _____
시: _____ 주/도: _____ 우편번호: _____ 국가: _____
주간 연락처: _____ 이메일 주소: _____
사회보장번호: _____ 생년월일(MM/DD/YYYY): _____ 성별: ☐ 남성 ☐ 여성 ☐ 기타
영어 구사 여부: ☐ 예 ☐ 아니요 아닌 경우, 사용하는 언어: _____

B. 장소/시간

Ground Zero 또는 Fresh Kills Landfill이나 그 근처에서 자원봉사를 한 날짜는 언제입니까?(MM/DD/YYYY): _____
자원봉사 기관이나 구조 단체에서 Ground Zero나 그 부근 또는 Fresh Kills Landfill에서의 활동을 지시했습니까? ☐ 예 ☐ 아니요
'예'라고 대답한 경우 기관 또는 단체 이름: _____
'아니요'라고 대답한 경우 WTC 구조, 복구 또는 청소 작업 참여를 지지한다는 진술서를 제출할 수 있는 사람/기관: _____

C. 부상/질병의 특성과 범위

부상/질병의 발생 경위: _____
부상당한 모든 신체 부위를 포함하여 부상/질병의 특성을 모두 기술하십시오. _____
이 부상/질병으로 인해 상근 업무를 중단했습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 '예'라고 대답한 경우 중단 날짜(MM/DD/YYYY): _____
상근 업무를 중단한 경우, 업무에 복귀했습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 '예'라고 대답한 경우 복귀 날짜(MM/DD/YYYY): _____
상근직 고용주 이름: _____
상근직 고용주 주소: _____

D. 수당/진료

9월 11일 희생자 보상 자금(Victim Compensation Fund) 수당을 신청한 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요
'예'라고 대답한 경우 청구 상태: _____
진료를 받았거나 받고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 진료가 필요합니까? ☐ 예 ☐ 아니요
담당의 이름: _____
담당의 주소: _____
병원에 입원한 경우 입원 날짜(MM/DD/YYYY): _____
병원 이름: _____
병원 주소: _____
지속적인 부상/질병의 치료를 위해 본인이 부담한 진료 비용이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요
'예'라고 대답한 경우 발생한 본인 부담 비용 총금액: \$ _____

본인은 이 문서에서 Ground Zero나 그 부근 또는 Fresh Kills Landfill에서의 자원봉사 근무로 인해 발생한 부상/질병에 대한 보상을 청구하며 전술한 진술이 사실임을 지지합니다.

부상자 서명(청구인) _____ 날짜 _____

지금 또는 수당 지급을 회피하려는 목적으로 이 장 따른 수당 또는 지급 청구를 신고, 조사 또는 조정하는 과정에서 중요한 사실과 관련하여 고의로 허위 진술이나 허위 주장을 하는 사람은 범죄를 범하게 되며 상당한 벌금과 징역을 받습니다.

세계무역센터 자원봉사자 보상 청구인이 알아야 할 중요 정보(양식 WTCVol-3)

2001년 9월 11일 세계무역센터 테러 공격 발생 후 뉴욕 시민을 지원하던 중 부상을 당하거나 장애를 겪게 된 자원봉사자는 보상금을 받을 수 있습니다. 이 자금을 뉴욕주 세계무역센터 자원봉사자 지원금이라고 합니다. 뉴욕주 노동자 보상 위원회(New York State Workers' Compensation Board)는 세계무역센터 지점이나 Fresh Kills landfill에서의 자원봉사로 인해 질병이나 부상을 겪은 자원봉사자로부터 청구를 접수하고 노동자 보상법과 위원회 규정에 따라 자금 지급을 진행할 예정입니다. 귀하는 이 양식을 작성하고 서명 후 제출함으로써 뉴욕주 세계무역센터 자원봉사자 지원금을 청구하게 됩니다.

모든 세계무역센터 자원봉사자를 위한 수당은 뉴욕주 세계무역센터 자원봉사자 지원금을 통해 제공되는 기금이 존속하는 시기까지로 한정됩니다.

청구를 문서화하려면 이 양식과 다음 서류의 사본을 뉴욕주 노동자 보상 위원회에 제출하십시오.

1. 자원봉사 자격 증명서(9월 11일 Ground Zero 또는 Fresh Kills Landfill에서의 자원봉사 활동을 지시한 기관의 인정/확인 서신, 사진, 목격자 서신 등).
2. 지정된 지점에서의 자원봉사로 인한 부상 또는 질병과 관련된 진료 증명서.
3. 작성을 완료한 WTC-12 양식(세계무역센터 구조, 복구 또는 청소 작업 참여 등록증).
4. 세계무역센터 건강 프로그램의 수락 또는 거절 서신. 현재 위원회는 자원봉사자가 위원회에 청구하기 전에 세계무역센터 건강 프로그램에 청구하도록 요구하고 있습니다. WTCVol-3 양식과 함께 세계무역센터 건강 프로그램의 수당 서신을 제출해야 합니다.
5. 피해자 보상 기금에 청구서를 제출한 경우 최근 적격 확인서, 지급서 또는 기타 청구 상태 통지서를 제출하십시오.
6. 작성을 완료한 WTC HIPAA 공개 양식 - wcb.ny.gov/content/main/forms/wtc-hipaa_K.pdf
7. 작성을 완료한 희생자 보상금 공개 양식 - wcb.ny.gov/content/main/forms/wtc-vcf_auth_K.pdf

향후 참고를 위해 모든 서류를 보관해 두십시오.

의료 서비스 제공자에게 귀하가 현재 노동자 보상 위원회에서 관리하는 뉴욕주 세계무역센터 자원봉사자 지원금에 청구를 진행 중이며, 의료 서비스 비용 청구서와 진료 기록을 뉴욕주 노동자 보상 위원회 비보험 부서(New York State Workers' Compensation Board, No Insurance Unit, PO Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205)로 송부해야 한다고 알려십시오.

뉴욕 개인정보 보호법(공무원법 6-A조)

및 1974 연방 개인정보보호법(5 U.S.C. § 552a)에 따른 통지.

청구인에게 사회보장번호를 포함한 개인 정보의 제공을 요구하는 노동자 보상 위원회(위원회)의 권한은 노동자 보상법(Workers' Compensation Law, WCL) § 20에 따른 위원회의 조사 권한과 WCL § 142에 따른 행정 권한에 의거합니다. 이 정보는 위원회가 최대한 편리적인 방식으로 청구를 조사 및 관리하도록 지원하기 위해, 그리고 정확한 청구 기록을 유지하기 위해 수집됩니다. 위원회에 사회보장번호를 제공하는 것은 자의에 따릅니다. 이 양식에 사회보장번호를 제공하지 않아도 불이익은 없으며, 청구의 거절 또는 수당의 감소로 이어지지 않습니다. 위원회는 위원회가 보유하고 있는 모든 개인 정보의 기밀성을 보호할 것이며 공적 의무의 원활한 수행을 위해 관련된 주 및 연방 법을 따라서만 공개합니다.

HIPAA 통지

노동자의 보상 청구 또는 불능을 심사하기 위해 WCL-13-a(4)(a)와 12 NYCRR 325-1.3은 의료 서비스 제공자가 위원회와 보험회사 또는 고용주에게 진료 보고서를 정기적으로 제출하도록 요구하고 있습니다. 45 CFR 164.512에 따라 이렇게 법적으로 요구되는 진료 기록은 HIPAA의 건강 정보 공개 제한 대항에서 제외됩니다.