



**ROSZCZENIE O ODSZKODOWANIE DLA
WOLONTARIUSZA UCZESTNICZĄCEGO W
AKCJI W WORLD TRADE CENTER**

NALEŻY udzielić wyczerpujących odpowiedzi na wszystkie pytania - wypełnić komputerowo lub wyraźnie drukowanymi literami). Należy uważnie zapoznać się z wymaganiami na stronie drugiej dotyczącymi zgłoszenia roszczenia jako wolontariusz uczestniczący w akcji w World Trade Center. Razem z formularzem należy dostarczyć wszystkie wymagane dokumenty, w tym pismo z orzeczeniem z Programu opieki zdrowotnej dla osób dotkniętych atakami na World Trade Center (World Trade Center Health Program).

A. Osoba poszkodowana

Nazwisko: _____ Imię: _____ Inicjał
drugiego imienia: _____
Adres pocztowy: _____ Wiersz 2: _____
Miasto: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____ Kraj: _____
Nr tel. do kontaktu w ciągu dnia: _____ Adres e-mail: _____
Nr ubezpieczenia społecznego: _____ Data urodzenia (MM/DD/RRRR): _____ Płeć: ☐ M ☐ K ☐ X
Czy mówi Pan(i) po angielsku: ☐ Tak ☐ Nie Jeśli Nie, w jakim języku porozumiewa się Pan(i): _____

B. Miejsce/czas

W jakich dniach był(a) Pan(i) wolontariuszem na terenie lub w okolicy Strefy Zero (Ground Zero) lub wysypiska Fresh Kills (MM/DD/RRRR): _____
Czy agencja wolontariacka lub jednostka ratownicza kierowała Pana(-i) działaniami w Strefie Zero lub w jej pobliżu lub na wysypisku Fresh Kills: ☐ Tak ☐ Nie
Jeśli Tak, podać nazwę agencji lub jednostki: _____
Jeśli Nie, kto może złożyć oświadczenie potwierdzające udział w akcji ratowniczej, usuwaniu skutków katastrofy lub czynnościach porządkowych wykonywanych na terenie WTC: _____

C. Rodzaj i zakres obrażeń/choroby

Jak doszło do urazu/choroby: _____
Proszę opisać szczegółowo rodzaj urazu/choroby, w tym wszystkie uszkodzone części ciała: _____
Czy przerwał(a) Pan(i) regularną pracę z powodu tego urazu/choroby: ☐ Tak ☐ Nie Jeśli Tak, data przerwania (MM/DD/RRRR): _____
Jeśli przerwał(a) Pan(i) regularną pracę, czy wrócił(a) Pan(i) do pracy: ☐ Tak ☐ Nie Jeśli Tak, data powrotu (MM/DD/RRRR): _____
Nazwa/Imię i nazwisko stałego pracodawcy: _____
Adres stałego pracodawcy: _____

D. Świadczenia/opieka medyczna

Czy ubiegał(a) się Pan(i) o świadczenia z Funduszu Odszkodowań dla Ofiar 11 Września: ☐ Tak ☐ Nie
Jeśli Tak, proszę podać status swojego roszczenia: _____
Czy otrzymał(a) Pan(i) lub otrzymuje obecnie opiekę medyczną: ☐ Tak ☐ Nie Czy obecnie wymaga Pan(i) opieki medycznej: ☐ Tak ☐ Nie
Imię i nazwisko lekarza prowadzącego: _____
Adres lekarza: _____
W razie pobytu w szpitalu, proszę podać daty hospitalizacji (MM/DD/RRRR): _____
Nazwa szpitala: _____
Adres szpitala: _____
Czy poniósł/poniosła Pan(i) jakiegokolwiek wydatki z własnej kieszeni na opiekę medyczną w celu leczenia doznanego urazu/choroby:
☐ Tak ☐ Nie
Jeśli Tak, jaka jest łączna kwota wydatków poniesionych z własnej kieszeni: USD _____

Niniejszym przedstawiam moje roszczenie o odszkodowanie za obrażenia/chorobę będącą skutkiem pracy jako wolontariusz w Strefie Zero lub w jego pobliżu lub na wysypisku Fresh Kills i na poparcie roszczenia przedstawiam powyższe fakty.

Podpis osoby poszkodowanej (osoby wnoszącej roszczenie)

Data

Każdy, kto ŚWIADOMIE SKŁADA FAŁSZYWE OŚWIADCZENIE co do istotnego faktu, w trakcie zgłaszania, badania lub korygowania roszczenia o dowolne świadczenie lub płatność zgodnie z niniejszym rozdziałem, w celu uniknięcia przekazania takiej płatności lub świadczenia, JEST WINNA PRZESTĘPSTWA I PODLEGA ZNACZNYM KAROM FINANSOWYM I KARZE POZBAWIENIA WOLNOŚCI.

**Ważne informacje dla osoby wnoszącej roszczenie Roszczenie o odszkodowanie dla
wolontariusza uczestniczącego w akcji w World Trade Center (formularz WTCVol-3)**

Dostępne są fundusze na odszkodowania dla wolontariuszy, którzy doznali obrażeń lub stali się niezdolni do pracy podczas udzielania pomocy mieszkańcom Nowego Jorku po ataku terrorystycznym na World Trade Center w dniu 11 września 2001 roku. Fundusze te są znane jako Fundusz na rzecz wolontariuszy uczestniczących w akcji w World Trade Center w stanie Nowy Jork. Komisja ds. Odszkodowań Pracowniczych w stanie Nowy Jork będzie przyjmować roszczenia od wolontariuszy, którzy zachorowali lub odnieśli obrażenia wynikające z udziału jako wolontariusze w akcji na terenie World Trade Center lub na wysypisku Fresh Kills i będzie zarządzać wypłatami z funduszu zgodnie z ustawą o odszkodowaniach pracowniczych i przepisami Komisji. Wypełniając, podpisując i składając ten formularz, wnosi Pan(i) roszczenie do Funduszu na rzecz wolontariuszy uczestniczących w akcji w World Trade Center w stanie Nowy Jork.

Należy pamiętać, że świadczenia dla wszystkich wolontariuszy uczestniczących w akcji w World Trade Center są ograniczone i zależą od dostępności środków finansowych zapewnianych przez Fundusz na rzecz wolontariuszy uczestniczących w akcji w World Trade Center w stanie Nowy Jork.

W celu udokumentowania swojego roszczenia, formularz ten wraz z kopiami następujących dokumentów należy przesać do Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych w stanie Nowy Jork:

1. Potwierdzenie statusu wolontariusza (list pochwalny/potwierdzający od agencji, która kierowała Pana(-i) działaniami jako wolontariusza w dniu 11 września w Strefie Zero lub wysypisku Fresh Kills; zdjęcia, listy świadków itp.).
2. Dowody medyczne na urazy lub choroby związane przyczynowo z działaniami w charakterze wolontariusza w wyznaczonym miejscu.
3. Wypełniony formularz WTC-12 (Zarejestrowanie udziału w operacjach ratowniczych, usuwaniu skutków katastrofy lub czynnościach porządkowych wykonywanych na terenie World Trade Center).
4. Pismo o przyjęciu lub odmowie przyjęcia do Programu opieki zdrowotnej dla osób dotkniętych atakami na World Trade Center. Obecnie Komisja wymaga, aby przed wniesieniem roszczeń do Komisji, wolontariusze złożyli wniosek do Programu opieki zdrowotnej dla osób dotkniętych atakami na World Trade Center; pismo o świadczeniach z Programu opieki zdrowotnej dla osób dotkniętych atakami na World Trade Center należy złożyć razem z WTCVol-3.
5. Osoby, które złożyły roszczenie do Funduszu Odszkodowań dla Ofiar, powinny dostarczyć ostatnie pismo z decyzją o uprawnieniach do odszkodowania, pismo o przyznaniu świadczeń lub inne zawiadomienie o statusie roszczenia.
6. Wypełniony formularz zgody na ujawnianie informacji WTC HIPAA - wcb.ny.gov/content/main/forms/wtc-hipaa_P.pdf
7. Wypełniony formularz zgody na ujawnianie informacji Funduszu Odszkodowań dla Ofiar - wcb.ny.gov/content/main/forms/wtc-vcf_auth_P.pdf

Proszę zachować wszystkie dokumenty w celu zachowania do użytku własnego.

Proszę powiadomić swojego świadczeniodawcę(-ów), że w chwili obecnej rozpatrywane jest Pana(-i) roszczenie wniesione do Funduszu na rzecz wolontariuszy uczestniczących w akcji w World Trade Center w stanie Nowy Jork, którym zarządza Komisja ds. Odszkodowań Pracowniczych oraz że jego rachunki i zaświadczenia medyczne zostaną przesłane do New York State Workers' Compensation Board, No Insurance Unit, PO Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205.

Powiadomienie zgodne z nowojorską ustawą o ochronie prywatności

(art. 6-A ustawy o funkcjonariuszach publicznych) oraz federalną ustawą o ochronie prywatności z 1974 r. (5 USC § 552a).

Uprawnienia Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych (Workers' Compensation Board) (Komisji) do żądania od osób wnoszących roszczenia podania danych osobowych, w tym numeru ubezpieczenia społecznego, wynikają z jej prawa do prowadzenia dochodzeń na mocy ustawy o odszkodowaniach pracowniczych (Workers' Compensation Law, WCL) § 20 oraz jej uprawnień administracyjnych na mocy WCL § 142. Informacje te są gromadzone, aby pomóc Komisji w badaniu i zarządzaniu roszczeniami. Podanie Komisji numeru ubezpieczenia społecznego jest dobrowolne. Niepodanie numeru ubezpieczenia społecznego w tym formularzu nie wiąże się z żadnymi karami; nie spowoduje to odrzucenia roszczenia ani obniżenia świadczeń. Komisja będzie chronić poufność wszystkich posiadanych danych osobowych, ujawniając je wyłącznie w celu wypełnienia swoich oficjalnych obowiązków i zgodnie z obowiązującym prawem stanowym i federalnym.

POWIADOMIENIE O HIPAA

W celu rozstrzygnięcia roszczenia o odszkodowanie pracownicze, WCL13-a(4)(a) i 12 NYCRR 325-1.3 wymagają, aby świadczeniodawcy usług opieki zdrowotnej regularnie przedkładali Komisji, ubezpieczycielowi lub pracodawcy zaświadczenia o leczeniu. Zgodnie z 45 CFR 164.512 takie prawnie wymagane zaświadczenia o leczeniu są zwolnione z ograniczeń HIPAA dotyczących ujawniania informacji zdrowotnych.