

Dichiarazione scritta per il risarcimento in caso di decesso dell'Ente per i Risarcimenti
per i Lavoratori dello Stato di New York

Come compilare la presente dichiarazione solenne sui sussidi di indennità in caso di decesso sul lavoro	Risarcimento in caso di decesso dell'Ente per i Risarcimenti per i Lavoratori
<p>1. La persona che chiede sussidi di indennità in caso di decesso sul lavoro deve compilare la presente dichiarazione solenne. Tutti i richiedenti devono compilare la Sezione A, la Sezione B e la Sezione 1. In base al rapporto di parentela con il deceduto, sarà necessario compilare anche le seguenti sezioni:</p> <p><u>Coniugi</u> Sez. 2 (e Sez. 3 se ci sono figli). <u>Genitori o tutori dei figli</u>: Sez. 3 <u>Genitori o nonni a carico</u>: Sez. 4 <u>Nipoti o fratelli a carico</u>: Sez. 5 <u>Genitori non a carico</u>: Sez. 6 <u>Rappresentante legale del patrimonio del deceduto</u>: Sez. 7</p> <p>2. Compilare esclusivamente le sezioni relative al proprio rapporto con il deceduto. Apporre una X sulle sezioni e i paragrafi non applicabili.</p> <p>3. Compilare in modo leggibile. Includere il numero di previdenza sociale del deceduto su ogni pagina e, se possibile, il numero della pratica WCB a pagina 3.</p> <p>4. Rispondere nel modo più specifico possibile. Al termine della compilazione, rileggere la dichiarazione solenne per verificarne l'accuratezza, poiché si sta prestando giuramento sulla sua veridicità.</p> <p>5. Spedire la dichiarazione solenne compilata e sottoscritta, insieme a tutti gli allegati, alla Workers' Compensation Board all'indirizzo indicato di seguito.</p>	<p>1. La legge prevede un rimborso fino a 12.500 \$ nella parte meridionale dello stato e fino a 10.500 \$ nella parte settentrionale dello stato, a seconda della contea in cui tali spese sono sostenute.</p> <p>2. Inoltre, la legge prevede indennizzi settimanali fino a un importo massimo determinato in base alla data dell'incidente, per: (a) il coniuge legale superstite fino a eventuale nuovo matrimonio, (b) i figli del deceduto fino a 18 anni (23 anni se frequentano come studenti a tempo pieno un istituto di istruzione accreditato), e (c) figli a carico di qualsiasi età affetti da cecità totale o disabilità permanente.</p> <p>3. Se non sono presenti coniugi superstiti o figli a carico, la legge prevede indennizzi settimanali per nipoti o fratelli di età inferiore a 18 anni a carico del deceduto o per genitori o nonni a carico del deceduto al momento del decesso.</p> <p>4. Se non esistono aventi diritto agli indennizzi settimanali, i genitori del deceduto hanno diritto a un indennizzo di 50.000 \$; nel caso in cui i genitori siano deceduti, tale importo sarà corrisposto come parte del patrimonio del deceduto.</p> <p>5. Se viene emesso un risarcimento a seguito di un'azione illecita in caso di decesso, la legge consente all'assicuratore di ottenere un diritto ipotecario o un credito a fronte del denaro corrisposto. Il diritto ipotecario o il credito dell'assicuratore possono influire sul diritto di ricezione dei sussidi di indennizzo dei lavoratori fino all'esaurimento del diritto ipotecario e/o del credito. È importante informare l'assicuratore dello stato di un'eventuale azione illecita e di ottenere il suo consenso prima di giungere a un accordo.</p>

**Per informazioni, rivolgersi all'Ufficio legale per i diritti dei lavoratori vittime di
incidenti sul lavoro 1-800-580-6665**

**NYS Workers' Compensation Board
(Ente per i Risarcimenti per i Lavoratori dello Stato di New York)
Centralized Mailing
PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5205**

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

Sezione A: Tutti i richiedenti

Tutti i richiedenti devono compilare questa pagina e spedire la presente dichiarazione solenne unitamente a tutti gli allegati alla Workers' Compensation Board.

Nella causa di

_____, **l'Attore**
(nome e cognome)

relativamente al decesso di

_____, **il Deceduto**
(nome e cognome del deceduto)

DICHIARAZIONE SOLENNE

WCB # _____

v.

WCL § 16

_____, **il Datore di lavoro**
(nome del datore di lavoro al momento del decesso)

(indirizzo del datore di lavoro)

Il mio numero di previdenza sociale: _____

Dichiarazione solenne sui sussidi in caso di decesso alla Workers' Compensation
Board dello Stato di New York

Sezione 1: Tutti i richiedenti

Tutti i richiedenti devono compilare questa sezione. Allegare i documenti specificati in seguito ove applicabile. Selezionare la casella se il documento è incluso.

- Certificato di morte (obbligatorio).
- Copie di documenti utilizzabili dall'Ente per determinare l'indennizzo settimanale lordo totale del deceduto per tutti gli impieghi relativi all'ultimo anno prima del decesso (buste paga, modulo W-2, etc.).
- Copie di ricevute o altri documenti relativi al pagamento delle spese funerarie.
- Copia del consenso dell'assicuratore all'accordo per azione illecita.

1. Io sottoscritto, l'Attore, Risiedo in _____
(via, città, stato, CAP o ZIP)

Numero di telefono: _____
(prefisso, numero)

Numero di previdenza sociale: _____
(tutte le nove cifre)

Rapporto di parentela: _____ del deceduto
(coniuge, figlio/a, genitore, nonno/a, fratello/sorella, nipote, rappresentante dell'asse ereditario)

2. Indirizzo del datore di lavoro summenzionato: _____
(via, città, stato, CAP o ZIP)

3. Data di nascita del deceduto _____
(giorno, mese, anno)

Numero di previdenza sociale del deceduto: _____
(tutte le nove cifre)

Data di morte del deceduto: _____
(giorno, mese, anno)

Nel giorno del decesso, il deceduto _____ dipendente del datore di lavoro summenzionato.
(era/non era)

Il _____, il deceduto si trovava in _____
(data e ora del decesso) (via, città e stato)

stava svolgendo l'attività di _____
(attività del deceduto al momento del decesso)

ed è morto a causa di _____
(indicare la causa del decesso).

4. Le retribuzioni lorde del deceduto (inclusi **straordinari e mance**) per l'impiego ammontavano a _____ dollari,
(importo)

e anche \$ _____ per _____, pagato ogni _____.
(importo) (sistemazione, affitto, pasti, etc.) (settimana, due settimane, etc.)

5. Il Deceduto _____ altri impieghi al momento della morte, presso
(aveva/non aveva)

_____, con sede a _____
(nome del datore di lavoro, ove presente) (via, città, stato, CAP o ZIP)

Le retribuzioni lorde del deceduto (inclusi **straordinari e mance**) per l'impiego ammontavano a _____ dollari,
(importo)

e anche \$ _____ per _____, pagato ogni _____.
(importo) (sistemazione, affitto, pasti, etc.) (settimana, due settimane, etc.)

Il mio numero di previdenza sociale: _____

Dichiarazione solenne sui sussidi in caso di decesso alla Workers' Compensation
Board dello Stato di New York

6. Sono stati corrisposti _____ dollari per le spese funerarie del deceduto. Richiedo il rimborso al datore di lavoro e/o all'assicurazione.
(importo)

7. Relativamente alla morte del defunto, _____
(sto progettando di perseguire, ho avviato, ho concluso)
un'azione indebita relativa al decesso nei confronti di _____
(nome della persona coinvolta)

Ho ricevuto _____ \$ Nel ricorso per azione indebita risolto il _____
(importo) *(data)*

Sezione 2: Coniugi

I coniugi che richiedono risarcimenti devono completare questa sezione. Allegare i documenti specificati in seguito ove applicabile. Selezionare la casella se il documento è incluso.

- Copia del certificato di matrimonio (obbligatorio).
- Documentazione comprovante il termine del matrimonio precedente (ove applicabile).
- Documentazione comprovante il termine del matrimonio con il deceduto (ove applicabile).
- Copia del risarcimento di previdenza sociale, se il coniuge superstite riceve indennizzi in merito

8. Sono il coniuge superstite del deceduto e richiedo indennizzi a mio nome.

9. Il mio nome da nubile è _____
(nome da nubile, ove applicabile)

10. Data di nascita: _____
(mese, giorno, anno)

11. Il matrimonio con il deceduto è stato celebrato in data _____ a _____
(mese, giorno, anno) *(città e stato)*

12. Io, _____ coniugata/o prima del matrimonio con il deceduto.
(ero/non ero)

13. Il Deceduto _____ coniugato prima del matrimonio con il coniuge richiedente.
(ero/non ero)

14. Il giorno del decesso, il coniuge richiedente era ancora sposato con il deceduto.

15. Il giorno del decesso, i coniugi _____ insieme, e _____
(vivevano/non vivevano) *(ero/non ero)*

in atto un processo di separazione per il dissolvimento del matrimonio.

16. Dopo il decesso, il coniuge superstite _____ risposato/a Data del nuovo matrimonio: _____
(si è/non si è) *(mese, giorno, anno)*

17. Io, _____ figli con il deceduto.
(avevo/non avevo)

18. Il Deceduto _____ figli con un'altra persona.
(aveva/non aveva)

Il mio numero di previdenza sociale: _____

Dichiarazione solenne sui sussidi in caso di decesso alla Workers' Compensation
Board dello Stato di New York

Sezione 3: Figli

I figli che richiedono indennizzi devono completare questa sezione. Allegare la documentazione seguente, ove applicabile, e spuntare la casella se il documento è incluso.

- Copie dei certificati di nascita o degli ordini di adozione (obbligatori)
- Documenti di nomina del tutore legale per tutti i figli del deceduto, se il richiedente non è il genitore.
- Documentazione di conferma della necessità di supporto materiale per i figliastri o figli nati fuori dal matrimonio del deceduto.
- Documentazione certificata da un istituto di istruzione accreditato di conferma dell'iscrizione a tempo pieno dei figli di età compresa tra 18 e 23 anni.
- Certificazione di disabilità o cecità.

19. Richiedo i benefici di compensazione per i seguenti figli a carico del deceduto al momento del decesso.

20. In qualità di genitore o tutore legale dei minori di seguito elencati, richiedo di essere ritenuto legalmente responsabile e di ricevere eventuali indennizzi a loro nome.

21. Se sono incaricato responsabile di detti minori, accetto di presentare relazioni, annuali o più frequenti, come richiesto dal Presidente del Comitato per i risarcimenti relativamente a qualsiasi spesa relativa all'aggiudicazione di benefici a minori.

22. Io, sottoscritto, sono il genitore o il tutore dei minori indicati nelle tabelle 1 e/o 2.

Le seguenti tabelle si riferiscono alle diverse situazioni e relazioni che potrebbero verificarsi tra i figli a carico, il richiedente e il deceduto. Si prega di rispondere a tutte le domande in qualsiasi tabella pertinente alla situazione del richiedente e saltare le tabelle non pertinenti. Potrebbe essere necessario compilare più tabelle.

Tabella 1. Minori che vivevano con il deceduto e/o il richiedente. Compilare tutti i campi.

Nome e cognome	Rapporto di parentela con il deceduto	Rapporto di parentela con il richiedente	Data di nascita	Il minore è affetto da cecità totale? (Sì/NO)	Il minore è affetto da disabilità permanente? (Sì/NO)	Il minore ha vissuto con il richiedente (Sì/NO)	Il minore viveva con il deceduto? (Sì/NO)

Il mio numero di previdenza sociale: _____

Dichiarazione solenne sui sussidi in caso di decesso alla Workers' Compensation
Board dello Stato di New York

Tabella 2. Minori che non hanno vissuto con il deceduto o il richiedente Compilare tutti i campi.

Nome e cognome	Rapporto di parentela con il deceduto	Indirizzo	Rapporto di parentela con il richiedente	Data di nascita

23. Tabella 3. Non sono il **tutore legale** del minore, ma in base a informazioni e convinzioni, sono riportati di seguito i nomi di tutti gli altri figli del deceduto:

Nome e cognome	Rapporto di parentela con il deceduto	Indirizzo	Data di nascita

Sezione 4: Genitori o nonni a carico

Questa sezione dev'essere compilata da **genitori o nonni a carico** che richiedono indennizzi. Spuntare la casella che indica che un documento è incluso:

- Documenti che stabiliscono la relazione tra il richiedente e il deceduto (obbligatorio).
- Documenti (dichiarazioni fiscali, assegni, estratti conto bancari, ecc.) che dimostrano che il deceduto ha sostenuto economicamente il dichiarante, sostenendone le spese (obbligatorio).
- Ordine del tribunale o procura se il richiedente è il tutore del parente a carico e sta presentando la domanda a suo nome (se applicabile).

24. Dichiaro che al momento del decesso, il deceduto non aveva un coniuge superstite o figli a carico di età inferiore a 18 anni (o di età inferiore a 23 anni se iscritti e frequentanti come studenti a tempo pieno un istituto di istruzione accreditato) o figli a carico affetti da cecità totale o da disabilità permanente.

25. Rapporto di parentela con il deceduto: _____
(figlio/a o nipote)

26. Io, _____ con il deceduto al momento del decesso.
(vivevo/non vivevo)

Il mio numero di previdenza sociale: _____

Dichiarazione solenne sui sussidi in caso di decesso alla Workers' Compensation
Board dello Stato di New York

27. Io, sottoscritto, ero _____ a carico del deceduto perché a
(interamente/parzialmente)

(illustrare la motivazione)

28. Al momento del decesso del defunto, le fonti di reddito del richiedente erano e sono:

Fonte di reddito (per esempio impiego, sussidio, ecc.)	Importo ricevuto	Frequenza

29. Al momento del decesso, il richiedente sosteneva le seguenti spese mensili:

Natura delle spese	Importo delle spese

30. Il deceduto si occupava direttamente di queste spese.

Natura delle spese	Persona legalmente responsabile per le spese	Importo delle spese	Modalità con cui il deceduto pagava le spese

Il mio numero di previdenza sociale: _____

Dichiarazione solenne sui sussidi in caso di decesso alla Workers' Compensation
Board dello Stato di New York

Sezione 5: Nipoti o fratelli/sorelle a carico

Questa sezione dev'essere compilata da nipoti o fratelli/sorelle a carico che richiedono indennizzi. Allegare la documentazione seguente, ove applicabile, e spuntare la casella se il documento è incluso:

- Certificato di nascita di tutte le persone a carico (obbligatorio).
- Ordini di adozione della corte se la persona a carico è stata adottata da figli o genitori del deceduto.
- Documenti come dichiarazioni dei redditi, assegni dal deceduto, estratti conto bancari, ecc. che dimostrano che il deceduto supportava economicamente le persone a carico.
- Documenti di nomina del tutore legale del minore (se il richiedente non è il genitore).

31. Dichiaro che al momento della morte, il Defunto non aveva un coniuge superstite o un figlio a carico di età inferiore a 18 anni (o di età inferiore ai 23 anni se iscritto a tempo pieno e frequentante di un istituto di istruzione accreditato come studente), o figli a carico totalmente ciechi o completamente e permanentemente disabili.

32. Rapporto di parentela: _____ delle seguenti persone a carico del deceduto:
(genitore, tutore legale)

Nome e cognome della persona a carico	Rapporto di parentela con il deceduto	Rapporto di parentela con il richiedente	Data di nascita	Nome e indirizzo della persona con cui la persona a carico risiede attualmente

33. La persona a carico _____ viveva con
(nipote, nipoti, fratello, fratelli, sorella, sorelle)

_____ al momento della morte del deceduto a questo indirizzo:
(deceduto o nome della persona se non Defunta)

(via, città, stato, CAP o ZIP)

34. La persona a carico _____ era/erano a carico del deceduto perché
(nipoti, fratelli)

(illustrare la motivazione)

35. Chiedo di essere designato come persona legalmente responsabile al fine di ricevere indennizzi a nome dei nipoti o dei fratelli a carico elencati in precedenza.

36. Se il richiedente è stato nominato tutore di nipoti e/o fratelli, accetta di presentare relazioni, annuali o più frequenti, come richiesto dal Presidente del Comitato per i risarcimenti relativamente a qualsiasi spesa relativa all'aggiudicazione di benefici a minori.

Il mio numero di previdenza sociale: _____

Dichiarazione solenne sui sussidi in caso di decesso alla Workers' Compensation
Board dello Stato di New York

Sezione 6: Genitori non a carico

Questa sezione dev'essere compilata dai **genitori non a carico**. Allegare il certificato di nascita del deceduto.
Nota: L'indennizzo per genitori non a carico è di 50.000 \$ se sposati o di 50.000 \$ se solo uno è vivo. Se i genitori non sono coniugati tra loro, il sussidio ammonta a 25.000 \$ ciascuno e ognuno deve presentare la propria dichiarazione solenne.

37. Affermo che il deceduto, al momento della sua morte, non era coniugato; non aveva figli di età inferiore a 23 anni; non aveva figli a carico ciechi o disabili; nipoti, fratelli o sorelle a carico di età inferiore a 23 anni e non aveva nipoti, fratelli o sorelle a carico ciechi o disabili.

38. In qualità di _____ del deceduto non a carico al momento della sua morte,
(genitore o genitori)
_____ che la somma di _____ venga emessa
(Richiediamo o richiedo) *(25.000\$ o 50.000\$)*
_____ come indicato di seguito
(noi o io)

(nome e cognome)

(via, città, stato, CAP)

(numero di telefono incluso il prefisso)

Il mio numero di previdenza sociale: _____

Sezione 7: Rappresentante legale del Patrimonio del deceduto

Il **rappresentante legale** del Patrimonio del deceduto deve compilare questa sezione. Allegare la documentazione seguente, ove applicabile, e spuntare la casella se il documento è incluso:

- Documenti che attestano l'autorità di rappresentanza del Patrimonio del Deceduto, come lettere testamentarie o lettere di amministrazione (obbligatorio).
- Copie dei certificati di morte dei genitori del deceduto.
- Documenti (dichiarazioni fiscali, assegni, estratti conto bancari, ecc.) che dimostrano che il deceduto ha sostenuto economicamente il dichiarante, sostenendone le spese.
- Certificato di nascita del deceduto.

39. Affermo che il deceduto, al momento del decesso, non era coniugato; non aveva figli di età inferiore a 23 anni; non aveva figli a carico ciechi o disabili; nipoti, fratelli o sorelle a carico di età inferiore a 23 anni e non aveva nipoti, fratelli o sorelle a carico ciechi o disabili.

Io sono il rappresentante legale del Patrimonio del deceduto:

Il deceduto, al momento della sua morte, non era coniugato; non aveva figli di età inferiore a 23 anni; non aveva figli a carico ciechi o disabili; nipoti, fratelli o sorelle a carico di età inferiore a 23 anni e non aveva nipoti, fratelli o sorelle a carico ciechi o disabili.

40. Il genitore del deceduto era: _____ deceduto/a in data _____
(nome e cognome) *(giorno, mese, anno)*

41. L'altro genitore del deceduto era: _____ deceduto/a in data _____
(nome e cognome) *(giorno, mese, anno)*

42. Il mio nome: _____ Il mio indirizzo: _____
(nome e cognome) *(via, città, stato, CAP o ZIP)*

(via, città, stato, CAP o ZIP)

Il mio numero di telefono: _____
(numero di telefono incluso il prefisso)

43. Con la presente richiedo che venga versata la somma di 50.000 \$ alla Proprietà del deceduto a mio nome come indicato in precedenza.

Il mio numero di previdenza sociale: _____

Sezione B: Tutti i richiedenti

Tutti i richiedenti devono compilare questa pagina. Spedire la presente dichiarazione solenne unitamente a tutti gli allegati alla Workers' Compensation Board.

Apponendo la mia firma di seguito, dichiaro solennemente, nel giorno _____ del mese di _____ 20_____, consapevole della possibilità di essere perseguito/a ai sensi delle normative di New York che possono prevedere una sanzione o una pena detentiva per lo spergiuro, che quanto precede è vero, e comprendo che questo documento può essere presentato in un'azione o un procedimento in tribunale. Dichiaro, inoltre, solennemente di comprendere che la legge prevede sanzioni per lo spergiuro commesso intenzionalmente con dichiarazioni false in relazione a una richiesta di indennità assicurativa.

Firma (autografa - usare penna a sfera blu ove possibile)

Il mio numero di previdenza sociale: _____