



Informazioni richiesta - TUTTE LE COMUNICAZIONI DEVONO CONTENERE I SEGUENTI DATI

Data di infortunio/malattia: _____ N. pratica WCB: _____ Scadenza sussidi limitati per PPD (MM/GG/AAAA): _____

Informazioni dipendente

Cognome: _____ Nome: _____ INIZ. SEC. NOME: _____

Indirizzo postale: _____ Riga 2: _____

Città: _____ Stato: _____ Codice postale: _____ Paese: _____

N. telefono diurno: _____ Indirizzo e-mail: _____

Quando presentare il modulo C-35 - Utilizzi questo modulo se è un lavoratore infortunato che richiede un riesame per condizioni di estremo disagio secondo quanto descritto nella Sezione 35(3) della Legge sugli indennizzi dei lavoratori (Workers' Compensation Law) e è stato classificato con una disabilità parziale permanente caratterizzata da una perdita della capacità di guadagno maggiore del 75% e i suoi sussidi limitati scadranno entro un anno (365 giorni o meno dalla data odierna).

Reddito familiare non salariale - Elenchi tutto il reddito non salariale percepito mensilmente.

	Lavoratore infortunato	Coniuge	Altro adulto residente con il lavoratore infortunato
Indennità per infortunio sul lavoro	_____	_____	_____
Sussidi per disabilità di previdenza sociale	_____	_____	_____
Sussidi pensionistici di previdenza sociale	_____	_____	_____
Reddito da assegno per minori	_____	_____	_____
Alimenti dal coniuge	_____	_____	_____
Altro reddito (specifichi): _____	_____	_____	_____
Altro reddito (specifichi): _____	_____	_____	_____
Altro reddito (specifichi): _____	_____	_____	_____
TOTALE reddito familiare non salariale	_____	_____	_____

Spese di sostentamento mensili necessarie - Elenchi gli importi mensili. Per le spese sostenute con cadenza non mensile, veda le istruzioni.

Spese per la famiglia	Spese mensili	Altre spese (specifichi)	Spese mensili
Affitto o mutuo	_____	_____	_____
Elettricità, gasolio/gas, acqua/rifiuti	_____	_____	_____
Telefono/cellulare/cavo/Internet	_____	_____	_____
TOTALE spese per la famiglia			_____

Altri fattori che contribuiscono a una condizione di estremo disagio - Utilizzi questo spazio o allegli documenti aggiuntivi per fornire dettagli su eventuali altri fattori che contribuiscono a una condizione di estremo disagio.

Firma del lavoratore infortunato: _____ Data: _____

Qualsiasi persona che consapevolmente e CON INTENZIONE FRAUDOLENTA presenti, induca a presentare o prepari sapendo o ritenendo che verranno presentate a o da un assicuratore o da un 'auto-assicuratore informazioni contenenti DICHIARAZIONI MATERIALI FALSE od occulti fatti materiali SARÀ RITENUTA COLPEVOLE DI REATO e soggetta all'applicazione di sostanziali MULTE E PENE DETENTIVE.

Per il lavoratore infortunato - Informazioni generali sull'uso del presente modulo

Può presentare questo modulo (C-35) e tutti gli allegati al Comitato infortuni sul lavoro (Workers' Compensation Board) tramite fax, e-mail o posta ordinaria. Veda qui sotto le informazioni sui recapiti. Conservi una copia del modulo compilato e della documentazione di supporto. Dopo la verifica da parte del Comitato del modulo compilato, potremmo contattarla per maggiori informazioni. Se lo spazio del presente modulo non è sufficiente per contenere tutte le informazioni pertinenti, alleggi le informazioni aggiuntive in un documento a parte. Contrassegni chiaramente tutti i documenti con il suo nome, il numero di pratica WCB e la data di infortunio o malattia.

1. Questo modulo è riservato ai lavoratori infortunati classificati con una disabilità parziale permanente caratterizzata da una perdita della capacità di guadagno maggiore del 75%.
2. Questo modulo può essere presentato al Comitato entro l'anno precedente alla scadenza prevista del versamento degli indennizzi. I moduli presentati prima di un anno rispetto alla scadenza dei sussidi verranno restituiti e non saranno registrati.
3. Utilizzi il presente modulo per elencare i redditi provenienti da tutte le fonti, compresi quelli percepiti dai conviventi della stessa unità familiare del lavoratore infortunato. Alleggi documentazione aggiuntiva, se necessaria. Utilizzi il presente modulo per elencare le spese per la famiglia ed eventuali altri fattori che contribuiscono a una condizione di estremo disagio.

Immetta importi mensili per le spese. Per le spese sostenute con cadenza non mensile, esegua questa conversione:

Se il pagamento di una bolletta è...	Calcoli l'importo mensile...
Trimestrale	Dividendo per 3
Settimanale	Moltiplicando per 4,3
Bisettimanale (ogni due settimane)	Moltiplicando per 2,17
Quindicinale (due volte al mese)	Moltiplicando per 2

4. Invi la documentazione relativa a tutte le spese e al reddito familiare indicati nel modulo C-35. Le domande incomplete possono subire ritardi in attesa di ricevere le informazioni mancanti.

Compili le informazioni identificative nella parte superiore del modulo C-35 e invii il modulo, CON TUTTE LE INFORMAZIONI PERTINENTI ALLEGATE, a:

Workers' Compensation Board
PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5205

Indirizzo per la presentazione via e-mail: wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov • Numero fax statale: (877) 533-0337

Divulgazione di informazioni: Il Comitato non divulga informazioni riguardanti la sua pratica a soggetti non autorizzati senza il suo consenso. Se sceglie di acconsentire alla divulgazione di tali informazioni a un soggetto non autorizzato, deve presentare al Comitato un modulo originale OC-110A firmato, un'autorizzazione del richiedente alla divulgazione dei dati sugli indennizzi ai lavoratori o una lettera di autorizzazione originale firmata e autenticata da un notaio. Può telefonare alla sede del Comitato locale per richiedere l'invio del modulo OC-110A, oppure può scaricarlo dal nostro sito web, www.wcb.ny.gov. È disponibile nella sezione dedicata ai moduli comuni online (Common Forms Online). Invi il modulo di autorizzazione compilato all'indirizzo indicato qui sopra.

Informativa ai sensi della Legge sulla tutela della privacy dello Stato di New York (New York Personal Privacy Protection Law) (Legge sui funzionari pubblici Articolo 6-A [Public Officers Law Article 6-A]) e della Legge sulla privacy federale del 1974 (Federal Privacy Act of 1974) (Comma 552a di 5 U.S.C.). L'autorità del Comitato infortuni sul lavoro (di seguito denominato Comitato) di esigere che i richiedenti forniscano informazioni personali, incluso il numero di previdenza sociale, deriva dall'autorità di indagine del Comitato ai sensi del Comma 20 della Legge sugli indennizzi dei lavoratori (Workers' Compensation Law, WCL) e dalla sua autorità amministrativa ai sensi del Comma 142 della WCL. Tali informazioni vengono raccolte per assistere il Comitato nelle procedure di indagine e gestione delle richieste nel modo più rapido possibile e per aiutarlo a conservare un'accurata documentazione delle richieste. La comunicazione del proprio numero di previdenza sociale al Comitato è volontaria. Non sono previste sanzioni per la mancata indicazione del proprio numero di previdenza sociale sul presente modulo; tale mancanza non comporterà il rifiuto della richiesta né la riduzione dei sussidi. Il Comitato provvederà a tutelare la riservatezza di tutte le informazioni personali in suo possesso, divulgandole solo per lo svolgimento delle proprie funzioni ufficiali e in conformità alle leggi federali e statali applicabili.