

STATO DI NEW YORK
WORKERS' COMPENSATION BOARD

MODULO DI AUTORIZZAZIONE AL DEPOSITO DIRETTO

Istruzioni: Questo è un modulo facsimile a solo scopo illustrativo. Non serve compilare questo modulo. Per avviare, modificare o annullare la trasmissione degli assegni dell'indennità per infortunio sul lavoro e/o dei proventi di un accordo transattivo ai sensi del WCL § 32 (di seguito "proventi da liquidazione") direttamente a un istituto finanziario basta compilare il modulo sul sito internet del proprio assicuratore/amministratore e inviarglielo direttamente. **Non inviare al Workers' Compensation Board.** Se si necessita di una copia cartacea del modulo, contattare il proprio assicuratore.

DIRITTI DEL RICHIEDENTE AL DEPOSITO DIRETTO

- Questo modulo è facoltativo, ma Lei ha diritto di ricevere l'indennizzo per infortunio o decesso sotto forma di deposito diretto. Lei ha anche diritto di ricevere l'indennizzo per infortunio sul lavoro o decesso tramite assegno cartaceo a mezzo postale.
- Lei ha diritto di annullare il deposito diretto in qualsiasi momento selezionando l'apposita casella riportata su questo modulo e inoltrandolo una volta compilato all'amministratore responsabile della richiesta di indennità per infortuni sul lavoro. La richiesta sarà evasa entro quarantacinque giorni dalla relativa comunicazione e il successivo pagamento dell'indennità sarà corrisposto tramite assegno cartaceo.
- A partire dal 1 luglio 2021, Lei ha diritto di far depositare (su richiesta) tali importi su almeno due conti bancari come percentuale dell'indennità totale o come quota fissa in dollari per ciascun deposito. L'amministratore della richiesta ha facoltà di richiedere un importo minimo fino a \$20 su ciascun conto bancario.

AUTORIZZAZIONI E INTESE

- Autorizzo l'amministratore della richiesta a depositare direttamente l'indennizzo a cui ho diritto per infortunio sul lavoro o decesso sul conto bancario specificato.
- Autorizzo l'amministratore della richiesta ad effettuare addebiti sul conto al fine di recuperare eventuali crediti depositati per errore. L'amministratore della richiesta ha facoltà di recuperare i crediti depositati per errore con qualsiasi mezzo lecito. **IMPORTANTE:** Il presente consenso non autorizza l'amministratore della richiesta a recuperare i presunti pagamenti degli importi eccedenti alle prestazioni stabilite e assegnate.
- Comprendo che ogni variazione al mio stato occupazionale potrebbe incidere sul mio diritto a ricevere le prestazioni.
- Comprendo che ogni dichiarazione mendace o mancata informazione relative a un fatto materiale al fine di ottenere o aumentare le prestazioni di cui ho diritto può comportare un procedimento penale, l'interdizione dalle prestazioni e il rimborso di eventuali fondi depositati sul mio conto.
- Comprendo che la mancata notifica alla compagnia assicurativa, al datore di lavoro autoassicurato o all'amministratore terzo (TPA) (amministratore della richiesta) di qualsivoglia variazione presso l'istituto finanziario o nel conto potrebbe ritardare la erogazione delle prestazioni o i proventi da liquidazione.
- Comprendo che per modificare o annullare il deposito diretto dell'indennizzo per infortunio sul lavoro o decesso è necessario inviare il presente modulo all'amministratore della richiesta.
 - Comprendo di avere l'obbligo di informare immediatamente l'amministratore della richiesta qualora non avessi più diritto a ricevere tali importi o variassero le circostanze che incidono sul mio diritto a percepirli.
 - Comprendo che l'amministratore della richiesta può richiedermi di certificare annualmente la mia intenzione a ricevere le prestazioni tramite deposito diretto e che, in caso contrario, l'amministratore della richiesta potrà interrompere il deposito diretto e procedere successivamente all'erogazione tramite assegno cartaceo.



NUOVA ISCRIZIONE **VARIAZIONE** **CANCELLAZIONE**

SEZIONE 1 (COMPILAZIONE A CARICO DEL RICHIEDENTE)

Nome del correntista/richiedente (cognome, nome):	Protocollo richiesta WCB:
Numero di telefono (comprensivo di prefisso locale):	Indirizzo e-mail:
Indirizzo:	
AUTOCERTIFICAZIONE CORRENTISTA/RICHIEDENTE/ TITOLARE DI CONTO COINTESTATO Dichiaro di avere diritto a ricevere gli indennizzi per infortunio sul lavoro o decesso e che le circostanze che me ne danno diritto non sono variate. Comprendo che l'amministratore della richiesta può richiedere una certificazione annuale che attesti la continuità del diritto a ricevere tali importi o prestazioni e che questa andrà fornita entro sessanta giorni se desidero continuare a riceverli con deposito diretto.	
Firma autocertificazione correntista/richiedente	Data
Firma autocertificazione titolare conto cointestato	Data

SEZIONE 2

Verificare con il proprio istituto finanziario le informazioni richieste per la compilazione di questa sezione. Il deposito diretto è disponibile solo se il proprio istituto finanziario fa parte dell'Automated Clearinghouse dello Stato di New York. Inoltre, il nome del correntista DEVE essere visibile sul conto.

Nome dell'istituto finanziario:	Tipologia conto: <input type="checkbox"/> Conto corrente <input type="checkbox"/> Conto deposito Importo o percentuale da depositare: _____
Numero conto del correntista (Formato EFT):	Coordinate bancarie:

Nome del secondo istituto finanziario:	Tipologia conto: <input type="checkbox"/> Conto corrente <input type="checkbox"/> Conto deposito Importo o percentuale da depositare: _____
Numero conto del correntista (Formato EFT):	Coordinate bancarie: