

POWIADOMIENIE I POTWIERDZENIE ZŁOŻENIA WNIOSKU O PRYZNANIE ŚWIADCZEŃ Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

W jaki sposób złożyć wniosek o przyznanie świadczeń z tytułu niezdolności do pracy

Formularza nie należy składać przed pierwszym dniem wystąpienia niezdolności do pracy. Aby uniknąć utraty prawa do świadczeń, wypełniony wniosek należy złożyć w terminie 30 dni kalendarzowych od pierwszego dnia niezdolności do pracy. Należy zachować dla siebie kopię wszystkich formularzy i dokumentacji.

- Jeżeli wnioskodawca korzysta z tego formularza, ponieważ niezdolność do pracy nastąpiła **w okresie zatrudnienia lub w okresie czterech (4) tygodni od ustania zatrudnienia**, wypełniony wniosek należy złożyć u pracodawcy lub ubezpieczyciela ostatniego pracodawcy. Dane ubezpieczyciela pracodawcy pokrywającego okres niezdolności do pracy pracowników można znaleźć na stronie Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych www.wcb.ny.gov, korzystając z opcji „Wyszukiwanie ochrony ubezpieczeniowej pracodawcy”.
- Jeśli wnioskodawca korzysta z tego formularza, ponieważ **niezdolność do pracy nastąpiła ponad cztery (4) tygodnie od ustania zatrudnienia**, wypełniony wniosek MUSI zostać wysłany pocztą na adres: **Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029**. W przypadku odpowiedzi „tak” na pytanie 13.B.4, należy wypełnić i załączyć formularz DB-450.1.

Uwaga! Ten formularz zawiera część, którą powinien wypełnić usługodawca opieki zdrowotnej oraz część, którą powinien wypełnić pracodawca pracownika. Przed przekazaniem formularza pracodawcy należy wypełnić część przeznaczoną do wypełnienia przez pracownika i skopiować ją, zachowując dla siebie kopię.

- Usługodawca opieki zdrowotnej jest zobowiązany zwrócić pracownikowi w ciągu siedmiu dni roboczych formularz z wypełnioną Częścią B. W przypadku opóźnienia, pracownik musi wstrzymać się ze złożeniem formularza do firmy ubezpieczeniowej. Jeżeli Część B nie została wypełniona (lub udzielono niekompletnych odpowiedzi), może nastąpić zwłoka w wypłacie świadczeń.
- Pracodawca jest zobowiązany zwrócić pracownikowi w ciągu trzech dni roboczych formularz z wypełnioną Częścią C. W przypadku opóźnienia, pracownik nie musi czekać z kontynuacją procedury – może wysłać formularz do firmy ubezpieczeniowej pracodawcy. Pracownikowi nie można odmówić wypłaty świadczenia z tytułu niezdolności do pracy tylko dlatego, że pracodawca nie wypełnił wymaganej części.

Należy pamiętać:

Wnioskodawca otrzyma odpowiedź w ciągu 18 dni od pierwszego dnia nieobecności z powodu niezdolności do pracy lub potwierdzenie otrzymania wypełnionego wniosku od pracodawcy lub ubezpieczyciela pracodawcy, w zależności od tego, co nastąpi później.

W przypadku odrzucenia wniosku, wnioskodawca otrzyma Powiadomienie o odmowie wypłaty świadczeń z tytułu niezdolności do pracy (Formularz DB-DEN) lub Powiadomienie o całkowitej lub częściowej odmowie wypłaty świadczeń z tytułu niezdolności do pracy (Formularz DB-451). W przypadku otrzymania Formularza DB-DEN, wnioskodawca otrzyma formularz DB-451 z dodatkowymi informacjami w ciągu 45 dni od pierwszego dnia nieobecności z powodu niezdolności do pracy lub potwierdzenie otrzymania wypełnionego wniosku od pracodawcy lub ubezpieczyciela pracodawcy, w zależności od tego, co nastąpi później.

W przypadku nieotrzymania odpowiedzi w ciągu 18 dni (lub Formularza DB-451 w ciągu 45 dni), bądź w przypadku pytań dotyczących wniosku o wypłatę świadczeń z tytułu niezdolności do pracy, należy skontaktować się telefonicznie z ubezpieczycielem pracodawcy. Ogólne informacje dotyczące świadczeń z tytułu niezdolności do pracy można uzyskać na stronie www.wcb.ny.gov lub telefonicznie dzwoniąc do Biura ds. Świadczeń z Tytułu Niezdolności do Pracy Komisji pod numer (877) 6324996.

Instrukcja dotyczące Powiadomienia i potwierdzenia złożenia wniosku o przyznanie świadczeń z tytułu niezdolności do pracy (Formularz DB-450)

CZĘŚĆ A - DANE PRACOWNIKA (wypełnia pracownik)

Należy odpowiedzieć na wszystkie pytania w tej części.

Pytanie 9: Wpisać szacunkową kwotę średniego tygodniowego wynagrodzenia brutto. Wypełnić tabelę wykorzystując kwotę wynagrodzenia brutto otrzymanego od ostatniego pracodawcy przed powstaniem niezdolności do pracy. Jeżeli w ciągu 8 tygodni poprzedzających powstanie niezdolności do pracy wnioskodawca miał więcej niż jednego pracodawcę, należy również podać dane dotyczące wynagrodzenia uzyskanego od pozostałych pracodawców.

Krok 1: Zsumować kwoty brutto wszystkich otrzymanych wynagrodzeń (przed dokonaniem jakichkolwiek potrąceń) za okres ośmiu tygodni poprzedzających pierwszy dzień niezdolności do pracy, w tym wynagrodzenie za przepracowane nadgodziny i napiwki. (Zob. Krok 3, aby uzyskać instrukcje dotyczące obliczeń premii i/lub prowizji).

Krok 2: Podzielić obliczoną w kroku pierwszym kwotę przez osiem (lub liczbę przepracowanych tygodni jeżeli mniej niż osiem), aby obliczyć średnią tygodniową stawkę.

Krok 3: W przypadku otrzymania premii i/lub prowizji w okresie 52 tygodni poprzedzających pierwszy dzień niezdolności do pracy, należy dodać proporcjonalną tygodniową kwotę do średniego tygodniowego wynagrodzenia. Aby obliczyć proporcjonalną tygodniową kwotę, należy zsumować wszystkie premie/prowizje zarobione w okresie minionych 52 tygodni, a następnie podzielić przez 52.

CZĘŚĆ B - OŚWIADCZENIE USŁUGODAWCY OPIEKI ZDROWOTNEJ (wypełnia usługodawca opieki zdrowotnej)

Usługodawca opieki zdrowotnej musi całkowicie wypełnić tę część i zwrócić ją w terminie siedmiu dni od daty otrzymania niniejszego formularza.

CZĘŚĆ C - DANE PRACODAWCY (wypełnia pracodawca)

Pracodawca musi całkowicie wypełnić tę część i zwrócić ją pracownikowi w terminie trzech dni roboczych od daty otrzymania niniejszego formularza.

Pytanie 6: Jeżeli w okresie niezdolności do pracy było wypłacane wynagrodzenie, podać na jakiej zasadzie – w formie ciągłości wypłaty, urlopu wypoczynkowego, zwolnienia chorobowego itp.

Pytanie 8: Wpisać kwotę zarobków pracownika za okres ostatnich ośmiu tygodni poprzedzających pierwszy dzień niezdolności do pracy. Wypłacone wynagrodzenie tygodniowe brutto pracownika, w tym nadgodziny i napiwki zarobione w tym tygodniu plus tygodniowa proporcjonalna kwota premii lub prowizji otrzymanych w okresie poprzednich 52 tygodni. (Poszczególne kroki objaśniono szczegółowo w Pytaniu 9 w Części A niniejszych instrukcji). Obliczyć średnie wynagrodzenie tygodniowe brutto dodając kwoty wypłaconego wynagrodzenia brutto, a następnie dzieląc je przez osiem (lub liczbę przepracowanych tygodni, jeżeli mniej niż osiem).

POWIADOMIENIE I POTWIERDZENIE ZŁOŻENIA WNIOSKU O PRYZNANIE ŚWIADCZEŃ Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

CZĘŚĆ A – DANE WNIOSKODAWCY (wypełniać drukiem lub maszynowo)

1. Nazwisko: _____ Imię: _____ Inicjał drugiego imienia: _____
2. Adres do korespondencji (ulica, nr domu/mieszkania): _____
Miejscowość: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____
3. Numer telefonu w ciągu dnia: _____ Adres e-mail: _____
4. Numer ubezpieczenia socjalnego: _____ - _____ - _____ 5. Data urodzenia: ____ / ____ / _____ 6. Płeć: M K X
7. Opisać charakter niezdolności do pracy (jeśli jest to uraz, podać również w jaki sposób, kiedy i gdzie doszło do jego powstania):

8. Data powstania niezdolności do pracy: ____ / ____ / _____ Czy wnioskodawca pracował w tym dniu? Tak Nie
Czy niezdolność do pracy ustąpiła? Tak Nie Jeśli „tak”, podać datę powrotu do pracy: ____ / ____ / _____
Czy od tego czasu wnioskodawca pracował zarobkowo lub dla zysku? Tak Nie
Jeśli „tak”, podać daty: _____

9. Nazwa ostatniego pracodawcy przed powstaniem niezdolności do pracy. W przypadku pracy dla kilku pracodawców w okresie minionych ośmiu (8) tygodni, wymienić wszystkich pracodawców. Średnie wynagrodzenie tygodniowe to średnia wszystkich zarobków za ostatnie osiem (8) tygodni pracy.

NAZWA OSTATNIEGO PRACODAWCY/ÓW PRZED POWSTANIEM NIEZDOLNOŚCI DO PRACY			OKRES ZATRUDNIENIA		Średnie tygodniowe wynagrodzenie (Łącznie z premiami, napiwkami, prowizjami, ekwiwalentem mieszkaniowym dodatkiem czynszowym itp.)
Nazwa firmy lub nazwa handlowa	Adres	Numer telefonu	Pierwszy dzień pracy (MM/DD/RRRR)	Ostatni dzień pracy (MM/DD/RRRR)	

Średnie wynagrodzenie tygodniowe zarobione w okresie 8 tygodni poprzedzających pierwszy dzień niezdolności do pracy (podać wysokość zarobków uzyskanych od wszystkich ww. pracodawców).

Tydzień nr	Ostatni dzień pracy (MM/DD/RRRR)	Liczba przepracowanych dni	Wypłacone wynagrodzenie brutto
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
		Obliczone średnie tygodniowe wynagrodzenie brutto:	

10. Wykonywana przeze mnie praca to: _____
Zawód
11. Przynależność związkowa: Tak Nie Jeżeli „tak”: _____
Nazwa lub numer lokalnego związku zawodowego
12. Czy wnioskodawca ubiegał się o zasiłek dla bezrobotnych lub otrzymywał go w okresie poprzedzającym niezdolność do pracy?
 Tak Nie
Jeżeli wnioskodawca nie ubiegał się o zasiłek dla bezrobotnych lub jeśli ubiegał się o zasiłek, ale go nie otrzymał po OSTATNIM PRZEPRACOWANYM DNIU, należy to odpowiednio uzasadnić: _____

Jeśli wnioskodawca otrzymał zasiłek dla bezrobotnych, podać wszystkie okresy za które wypłacono zasiłek: _____

CZĘŚĆ A – DANE WNIOSKODAWCY (wypełniać drukiem lub maszynowo)

13. W odniesieniu do okresu niezdolności do pracy, której dotyczy ten wniosek:

A. Czy wnioskodawca otrzymuje wynagrodzenie, pensję lub odprawę z tytułu zwolnienia z pracy? Tak Nie

B. Czy wnioskodawca otrzymuje lub ubiega się o:

1. Zasiłek dla bezrobotnych? Tak Nie 2. Płatny urlop rodzinny? Tak Nie3. Świadczenia z funduszu odszkodowań pracowniczych z tytułu niezdolności do pracy powstałej w związku z wykonywaną pracą?
 Tak Nie

4. W związku z wypadkiem samochodowym, niespowodowanym przez wnioskodawcę?

 Tak Nie lub urazu powstałego z winy osoby trzeciej? Tak Nie

5. Rentę inwalidzką wypłacaną na podstawie Federalnej ustawy o ubezpieczeniach socjalnych z tytułu tej niezdolności do pracy?

 Tak Nie**JEŚLI ZAZNACZONO „TAK” W DOWOLNEJ POZYCJI W PUNKCIE 13, NALEŻY WYPEŁNIĆ PONIŻSZĄ CZĘŚĆ:** otrzymywałem/am wnioskowałem/am o: _____ za okres od: ___ / ___ / _____ do: ___ / ___ / _____14. Czy w ciągu roku (52 tygodni) przed wystąpieniem niezdolności do pracy wnioskodawca otrzymywał świadczenia z tytułu niezdolności do pracy za inne okresy? Tak Nie

Jeżeli tak, płatnikiem był: _____ od: ___ / ___ / _____ do: ___ / ___ / _____

15. Czy w ciągu roku (52 tygodni) przed wystąpieniem niezdolności do pracy wnioskodawca otrzymywał świadczenia z tytułu płatnego urlopu rodzinnego? Tak Nie

Jeżeli tak, płatnikiem był: _____ od: ___ / ___ / _____ do: ___ / ___ / _____

16. Jeżeli niezdolność do pracy nastąpiła w trakcie zatrudnienia lub w ciągu czterech tygodni od ostatniego dnia pracy, czy w ciągu 5 dni od zawiadomienia lub wniosku o udostępnienie formularzy dotyczących niezdolności do pracy pracodawca poinformował pracownika o prawach wynikających z ustawy o niepełnosprawności? Tak Nie

Niniejszym wnioskuję o przyznanie świadczeń z tytułu niezdolności do pracy i potwierdzam swoją niezdolność do pracy w okresie objętym niniejszym wnioskiem. Przeczytałem/am podane instrukcje do tego formularza i oświadczam, iż powyższe stwierdzenia, w tym wszelkie towarzyszące im oświadczenia, są o ile mi wiadomo, zgodne z prawdą i kompletne.

Podpis wnioskodawcy

Data

Osoba fizyczna może podpisać w imieniu wnioskodawcy tylko wtedy, gdy jest do tego prawnie upoważniona, a wnioskodawca jest nieletni, niepoczytalny lub ubezwłasnowolniony. W przypadku podpisania przez osobę inną niż wnioskodawca, należy wydrukować poniższe informacje, wypełnić, i złożyć formularz OC-110A, „Upoważnienie wnioskodawcy do ujawnienia dokumentacji dotyczącej odszkodowań pracowniczych”.

W imieniu wnioskodawcy

Adres

Stosunek do wnioskodawcy

CZĘŚĆ B – OŚWIADCZENIE USŁUGODAWCY OPIEKI ZDROWOTNEJ (wypełniać drukowanymi literami)**OŚWIADCZENIE USŁUGODAWCY OPIEKI ZDROWOTNEJ MUSI BYĆ CAŁKOWICIE WYPEŁNIONE. GŁÓWNY USŁUGODAWCA OPIEKI ZDROWOTNEJ POWINIEN WYPEŁNIĆ I ZWRÓCIĆ TEN DOKUMENT WNIOSKODAWCY W TERMINIE SIĘDMIU (7) DNI OD OTRZYMANIA NINIEJSZEGO FORMULARZA.** Jeśli niezdolność do pracy jest spowodowana ciężką lub powstała w związku z ciężką, wpisać szacowany termin porodu w punkcie 7-e. **UDZIELENIE NIEKOMPLETNYCH ODPOWIEDZI MOŻE OPÓŹNIĆ WYPŁATĘ ŚWIADCZEŃ.**

1. Nazwisko: _____ Imię: _____ Inicjał drugiego imienia: _____

2. Płeć: M K X 3. Data urodzenia: ___ / ___ / _____

4. Diagnoza/analiza: _____ Kod zdiagnozowanego schorzenia: _____

a. Objawy wnioskodawcy: _____

b. Obiektywne obserwacje: _____

5. Czy wnioskodawca był hospitalizowany? Tak Nie Od: ___ / ___ / _____ do: ___ / ___ / _____6. Czy wskazana jest operacja? Tak Nie a. Rodzaj _____ b. Data ___ / ___ / _____

7. WPISAĆ DATY DLA PONIŻSZYCH:	MIESIĄC	DZIEŃ	ROK
a. Data rozpoczęcia leczenia tej niezdolności do pracy			
b. Data ostatniej wizyty w ramach leczenia tej niezdolności do pracy			
c. Data powstania u wnioskodawcy niezdolności do pracy			
d. Data, z którą wnioskodawca będzie mógł ponownie wykonywać pracę (nawet w przypadku wątpliwości podać datę szacunkową. Nie używać określeń takich, jak „nieznana” ani „nieustalona”).			
e. Jeżeli dotyczy ciąży, należy zaznaczyć odpowiednie pole i wpisać datę <input type="checkbox"/> szacunkowa data porodu LUB <input type="checkbox"/> faktyczna data porodu			

8. Czy Pana/Pani zdaniem niezdolność do pracy jest wynikiem urazu odniesionego w związku z wykonywaną pracą w okresie zatrudnienia lub choroby zawodowej? Tak Nie Jeżeli „tak”, czy w Komisji złożono odpowiednią dokumentację? Tak Nie**Oświadczam, iż jestem:**

(lekarzem, kręgarzem, dentystą, podiatrą, psychologiem, pielęgniarką-położną)

licencjonowanym lub dyplomowanym w stanie

Nr licencji

Imię i nazwisko usługodawcy opieki zdrowotnej, drukiem

Podpis usługodawcy opieki zdrowotnej

Data

Adres usługodawcy opieki zdrowotnej

Nr telefonu:

CZĘŚĆ C - DANE PRACODAWCY (wypełnia pracodawca)**1. Pełna oficjalna nazwa firmy i adres do doręczeń**

Nazwa firmy _____

Adres do doręczeń _____

Miasto, stan _____

Kod pocztowy _____

Kraj (jeżeli nie USA) _____

2. Federalny numer identyfikacyjny pracodawcy (FEIN): _____**3. Dane kontaktowe:**

Imię i nazwisko osoby kontaktowej pracodawcy w razie pytań dotyczących niezdolności do pracy: _____

Numer telefonu kontaktowego pracodawcy: _____

Kontaktowy adres e-mail pracodawcy: _____

4. Czy pracownik jest członkiem związku zawodowego zapewniającego ustawowe świadczenia z tytułu niezdolności do pracy Tak Nie *Jeżeli „tak”, podać nazwę związku zawodowego, adres i dane kontaktowe _____**5. Dane pracownika:**Rola pracownika: Pracownik Posiadacz Partner Współmałżonek właściciela Właściciel Współwłaściciel

Data zatrudnienia pracownika (MM/DD/RRRR): _____

Ostatni dzień pracy pracownika: _____

Data powrotu pracownika do pracy (jeżeli dotyczy): _____

6. Czy w okresie niezdolności do pracy wypłacano wynagrodzenie? Tak Nie

Jeżeli tak, w jakiej formie? (płatny urlop, zwolnienie chorobowe, inne) _____

Jeżeli „tak”, czy pracodawca wnioskuje o refundację? Tak Nie

*Refundacja dostępna jest tylko w sytuacji, gdy pracodawca kontynuował wypłacanie wynagrodzenia w okresie niezdolności do pracy lub jeżeli pracownik korzystał ze zwolnienia chorobowego.

7. Czy niezdolność do pracy pracownika powstała w związku z wykonywaną pracą? Tak Nie**8. Wpisać wynagrodzenie brutto pracownika za ostatnie 8 tygodni przed wystąpieniem niezdolności do pracy oraz obliczyć średnie tygodniowe wynagrodzenie brutto (w tym premie, napiwki, prowizje, uzasadniona wartość zakwaterowania, czynszu itp., w razie potrzeby odwołując się do instrukcji)**

Tydzień nr	Data zakończenia tygodnia (MM/DD/RRRR)	Liczba przepracowanych dni	Wypłacone wynagrodzenie brutto
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
		Obliczone średnie tygodniowe wynagrodzenie brutto:	

9. Czy w ciągu minionych 52 tygodni pracownik brał zwolnienie lub urlop z tytułu: niezdolności do pracy w stanie Nowy Jork płatnego urlopu rodzinnego niezdolności do pracy oraz płatnego urlopu rodzinnego nie brał**Niezdolność do pracy:** Prosimy podać stosowne daty wykorzystanego zwolnienia z tytułu niezdolności do pracy**PFL:** Prosimy podać stosowne daty wykorzystanego płatnego urlopu rodzinnego _____

CZĘŚĆ C - DANE PRACODAWCY (wypełnia pracodawca)

10. Czy pracownik nadal tutaj pracuje? Tak Nie

Jeżeli nie, data ustania zatrudnienia: _____

11. Jeżeli pracownik otrzymywał zasiłek dla bezrobotnych, data ostatniej wypłaty zasiłku: _____

Potwierdzam, że zapoznałem/am się z informacjami dotyczącymi fałszywych oświadczeń, a składając swój podpis oświadczam, że o ile mi wiadomo, podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą i dokładne.

Imię i nazwisko pracodawcy oraz stanowisko: _____

Podpis pracodawcy: _____

Numer telefonu kontaktowego pracodawcy: _____

Data: _____

Powiadomienie stosownie do nowojorskiej ustawy o ochronie prywatności danych osobowych (Art. 6-A Ustawy o Funkcjonariuszach Publicznych) i Federalnej Ustawy o Ochronie Prywatności z 1974 r. (5 USC § 552a). Komisja ds. Odszkodowań Pracowniczych (Komisja) ma prawo do uzyskania danych osobowych wnioskodawcy, w tym jego numeru ubezpieczenia socjalnego, na podstawie uprawnień komisji wynikających z Prawa o odszkodowaniach pracowniczych (Workers' Compensation Law, WCL) § 20 oraz uprawnień administracyjnych wynikających z WCL § 142. Informacje te są gromadzone w celu umożliwienia Komisji jak najszybszego przeprowadzenia dochodzenia i jego administrację oraz prowadzenia dokładnej dokumentacji roszczeń. Podanie Komisji numeru ubezpieczenia socjalnego jest dobrowolne. Nie ma kary za niepodanie numeru ubezpieczenia socjalnego w tym formularzu; nie spowoduje to odmowy roszczenia ani zmniejszenia świadczeń. Komisja będzie chronić poufność wszystkich posiadanych danych osobowych, ujawniając je wyłącznie w celu wypełniania obowiązków służbowych i zgodnie z obowiązującym prawem stanowym i federalnym.

POWIADOMIENIE HIPAA - W celu podjęcia decyzji dotyczącej wniosku o odszkodowanie dla pracownika lub roszczenia z tytułu niezdolności do pracy, w myśl przepisów WCL 13-a(4)(a) i 12 NYCRR 3251.3 od usługodawców opieki zdrowotnej wymaga się regularnego składania do Komisji i ubezpieczycieli pracodawców raportów medycznych dotyczących leczenia. Stosownie do 45 CFR 164.512, ww. wymagane prawem raporty medyczne są zwolnione z ograniczeń HIPAA dotyczących ujawniania informacji zdrowotnych.

Ujawnianie informacji: Komisja nie ujawni bez zgody wnioskodawcy żadnej nieuprawnionej stronie jakichkolwiek informacji dotyczących sprawy wnioskodawcy. Jeśli wnioskodawca wyrazi zgodę na ujawnienie takich informacji stronie nieuprawnionej, powinien dostarczyć Komisji oryginalny podpisany formularz OC-110A „Upoważnienie wnioskodawcy do ujawnienia danych dotyczących odszkodowań pracowniczych”. Formularz ten jest dostępny na stronie WCB (www.wcb.ny.gov) i można go uzyskać klikając łącze „Formularze”. W przypadku braku dostępu do Internetu prosimy dzwonić pod numer (877) 632-4996. Zamiast formularza OC-110A, można również przekazać oryginał podpisanego, poświadczanego notarialnie upoważnienia.

POTWIERDZENIE ŚWIADOMOŚCI KARY ZA SKŁADANIE FAŁSZYWYCH OŚWIADCZEŃ - Pracodawca lub ubezpieczyciel bądź jakikolwiek pracownik, agent albo osoba działająca w imieniu pracodawcy lub ubezpieczyciela, KTÓRA ŚWIADOMIE PODAJE FAŁSZYWE INFORMACJE LUB OŚWIADCZENIA dotyczące istotnego faktu w trakcie zgłaszania, rozpatrywania lub korekty roszczenia o wypłatę jakiegokolwiek świadczenia lub płatności na podstawie niniejszego przepisu w celu uniknięcia obowiązku wypłaty takich zobowiązań lub świadczeń, DOPUSZCZA SIĘ PRZESTĘPSTWA, ZA KTÓRE GROZI KARA GRZYWNY I KARA POZBAWIENIA WOLNOŚCI.