



Вы ДОЛЖНЫ ответить на все вопросы полностью (напечатайте или разборчиво напишите печатными буквами). Внимательно прочитайте требования к подаче заявки от волонтера-участника работ во Всемирном торговом центре на второй странице. Вы должны приложить к этой форме все требуемые документы, в том числе письмо с решением программы World Trade Center Health Program.

A. Травмированное лицо

Фамилия: _____ Имя: _____ Ср. инициал: _____
 Почтовый адрес: _____ Строка 2: _____
 Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____ Страна: _____
 Номер телефона для связи в дневное время: _____ Адрес электронной почты: _____
 Номер социального страхования: _____ Дата рождения (мм/дд/гггг): _____ Пол: М Ж Х
 Вы говорите по-английски: Да Нет Если выбран ответ «Нет», на каком языке вы говорите: _____

B. Место и время

В какие даты вы добровольно работали на нулевом уровне (Ground Zero) или свалке Fresh Kills Landfill или вблизи них (ММ/ДД/ГГГГ): _____
 Какое-либо волонтерское агентство или спасательная организация руководила вашими действиями на нулевом уровне (Ground Zero) или свалке Fresh Kills Landfill или вблизи них: Да Нет
 Если выбран ответ «Да», укажите агентство или организацию: _____
 Если выбран ответ «Нет», кто может предоставить подтверждение вашего участия в поисково-спасательных работах и расчистке в WTC: _____

C. Характер и масштаб травмы или заболевания

Как была получена травма или наступило заболевание: _____
 Полностью опишите характер вашей травмы/заболевания, указав все травмированные части тела: _____
 Вы прекратили постоянную работу из-за травмы/заболевания: Да Нет Если выбран ответ «Да», то дата прекращения работы (ММ/ДД/ГГГГ): _____
 Если вы прекращали постоянную работу, вы позднее вернулись к работе: Да Нет Если выбран ответ «Да», то дата возвращения к работе (ММ/ДД/ГГГГ): _____
 Наименование постоянного работодателя: _____
 Адрес постоянного работодателя: _____

D. Льготы/медицинская помощь

Вы подавали заявку на получение пособий от Фонда компенсации жертвам 11 сентября (September 11th Victim Compensation Fund): Да Нет
 Если выбран ответ «Да», укажите статус вашей заявки: _____
 Вы получали или получаете сейчас медицинскую помощь: Да Нет Вам сейчас требуется медицинская помощь: Да Нет
 Имя и фамилия лечащего врача: _____
 Адрес врача: _____
 Если вы лежали в больнице, укажите даты госпитализации (ММ/ДД/ГГГГ): _____
 Название больницы: _____
 Адрес больницы: _____
 Вы оплачивали из своих средств расходы на медицинские услуги по лечению полученной травмы или заболевания: Да Нет
 Если выбран ответ «Да», какую сумму из собственных средств вы заплатили: \$ _____

Я настоящим подаю заявку на компенсацию за травму/заболевание, полученную в результате волонтерской работы на нулевом уровне (Ground Zero) или рядом с ним или на свалке Fresh Kills Landfill, и в подтверждение этого я заявляю вышеуказанные факты.

Подпись травмированного лица (заявителя) _____ Дата _____

Любое лицо, которое СОЗНАТЕЛЬНО ДЕЛАЕТ ЛОЖНОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ ИЛИ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ в отношении какого-либо существенного факта при подаче, расследовании или корректировке заявки на какую-либо льготу или выплату в соответствии с этим отделом с целью предотвращения предоставления такой выплаты или льготы, СЧИТАЕТСЯ ВИНОВНЫМ В ПРЕСТУПЛЕНИИ, ЗА СОВЕРШЕНИЕ КОТОРОГО ПРЕДУСМОТРЕНЫ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ШТРАФЫ И ТЮРЕМНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Важная информация о заявке на компенсацию для волонтера-участника работ во Всемирном торговом центре (форма WTCVol-3)

Выделены средства на компенсации волонтерам, подучившим травмы или нетрудоспособность во время оказания помощи нью-йоркцам после террористических атак 11 сентября 2001 года на Всемирный торговый центр. Эти средства обозначаются под названием «Фонд волонтеров Всемирного торгового центра штата Нью-Йорк» (New York State World Trade Center Volunteer Fund). Совет по компенсациям работникам штата Нью-Йорк будет получать заявки от волонтеров, имеющих травмы или заболевания, полученные во время волонтерской работы на месте Всемирного торгового центра и на свалке Fresh Kills Landfill, и будет осуществлять выплаты средств из фонда в соответствии с Законом о компенсациях работникам и правилами Совета. Заполнив, подписав и подав эту форму, вы оформляете заявку на выплату из средств New York State World Trade Center Volunteer Fund.

Обратите внимание, что выплата пособий всем волонтерам Всемирного торгового центра ограничена финансированием, осуществляемым через фонд New York State World Trade Center Volunteer Fund.

Чтобы оформить заявку, отправьте в Совет по компенсациям работникам штата Нью-Йорк эту форму вместе с копиями следующих документов:

1. Подтверждение статуса волонтера (письмо с благодарностью или подтверждением от организации, координировавшей вашу волонтерскую работу после атак 11 сентября на нулевом уровне или на свалке Fresh Kills Landfill; фотографии, письма очевидцев и т. п.).
2. Медицинское заключение о травме или заболевании, вызванном волонтерской работой на указанном участке.
3. Заполненная форма WTC-12 (регистрация участия в поисково-спасательных работах и расчистке мусора на месте Всемирного торгового центра).
4. Письмо о принятии или отклонении заявления в программу World Trade Center Health Program. Сейчас Совет требует, чтобы волонтеры-участники работ подавали заявку в программу World Trade Center Health Program до подачи заявки в Совет; письмо о назначении пособия от программы World Trade Center Health Program необходимо приложить к форме WTCVol-3.
5. Если вы подали заявку в фонд Victim Compensation Fund, приложите самое недавнее письмо с решением относительно заявки, письмо о назначении пособия или другой документ с информацией о статусе заявки.
6. Заполненная форма разрешения на раскрытие информации согласно HIPAA для WTC: wcb.ny.gov/content/main/forms/wtc-hipaa_R.pdf
7. Заполненная форма разрешения на раскрытие информации для Victim Compensation Fund: wcb.ny.gov/content/main/forms/wtc-vcf_auth_R.pdf

Сохраняйте копии всех документов для контроля.

Уведомите своих поставщиков медицинских услуг о том, что вы подали заявку в фонд New York State World Trade Center Volunteer Fund, администрируемый Советом по компенсациям работникам, и что их счета и медицинские заключения следует отправлять по адресу: New York State Workers' Compensation Board, No Insurance Unit, PO Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205.

Уведомление согласно закону штата Нью-Йорк «О защите и неприкосновенности частной жизни»

(Закон о государственных служащих, статья 6-A) и Федеральному закону о неприкосновенности частной жизни от 1974 года (5 USC § 552a).

Полномочия Совета по компенсациям работникам (далее «Совета») запрашивать у заявителей персональную информацию (включая номер социального страхования) основаны на полномочиях Совета проводить расследования согласно Закону о компенсациях работникам (WCL) § 20 и его административных полномочиях согласно WCL § 142. Данная информация собирается, чтобы помочь Совету эффективно расследовать и администрировать заявки и хранить точные записи о заявках. Предоставлять ваш номер социального страхования Совету не обязательно. Если вы не укажете в этой форме свой номер социального страхования, то штраф за это не назначается и это не приведет к отклонению вашей заявки или снижению размера пособий. Совет будет защищать конфиденциальность всей персональной информации, которая находится в его распоряжении, и будет раскрывать ее исключительно при исполнении своих официальных обязанностей и в соответствии со штатным и федеральным законодательством.

УВЕДОМЛЕНИЕ СОГЛАСНО ЗАКОНУ HIPAA

Для рассмотрения заявки на компенсацию работникам или дела о нетрудоспособности поставщика медицинских услуг обязаны согласно WCL 13-a(4)(a) и 12 NYCRR 325-1.3 регулярно предоставлять медицинские записи о лечении Совету и работодателю или страховщику. Согласно 45 CFR 164.512 на такие требуемые законом медицинские отчеты не распространяются содержащиеся в Законе HIPAA ограничения на раскрытие медицинской информации.