



DEBE responder todas las preguntas de manera completa, tipee o escriba en imprenta con claridad. Lea los requisitos para presentar un reclamo como voluntario del World Trade Center detenidamente en la página dos. Debe suministrar toda la documentación necesaria junto con este formulario, incluso una carta de determinación del Programa de Salud del World Trade Center.

A. Persona lesionada

Apellido: Primer nombre: Inicial del segundo nombre: Dirección de correo: Línea 2: Ciudad: Estado: Código postal: País: Número telefónico durante el día: Correo electrónico: N.º del Seguro Social: Fecha de nacimiento: Género: ¿Habla inglés? Si responde No, ¿qué idioma habla?

B. Lugar/Horario

¿En qué fecha(s) fue voluntario en la Zona Cero o cerca de esta o en Fresh Kills Landfill? ¿Alguna agencia de voluntarios o entidad de rescate dirigió sus actividades en la Zona Cero o en sus alrededores o en Fresh Kills Landfill? Si responde sí, nombre de la agencia o entidad: Si responde no, ¿quién puede brindar una declaración para dar respaldo de su participación en el rescate, recuperación o limpieza del WTC:

C. Naturaleza y extensión de lesión/enfermedad

¿Cómo ocurrió la lesión/enfermedad? Indique de manera completa la naturaleza de su lesión/enfermedad, incluso todas las partes del cuerpo que se lesionaron: ¿Tuvo que dejar de hacer su trabajo regular por esta lesión/enfermedad? Si respondió sí, fecha en la que tuvo que hacerlo: Si tuvo que dejar de hacer su trabajo regular, ¿volvió al trabajo? Si respondió sí, fecha en la que volvió: Nombre del empleador regular: Dirección del empleador regular:

D. Beneficios/atención médica

¿Solicitó beneficios del Fondo de Compensación para Víctimas del 11 de septiembre? Si respondió sí, indique el estado de su reclamo: ¿Recibió o recibe atención médica? ¿Necesita actualmente atención médica? Nombre del médico tratante: Dirección del médico: Si estuvo en el hospital, indique las fechas de hospitalización: Nombre del hospital: Dirección del hospital: ¿Incurrió en algún gasto adicional para atención médica para tratar la lesión/enfermedad que sufrió? Si respondió sí, indique el total de gastos adicionales en los que incurrió: \$

Por este medio presento mi reclamo de compensación por lesión/enfermedad resultante de mi trabajo como voluntario en Zona Cero o sus alrededores o en Fresh Kills Landfill, y en como respaldo de este reclamo realizo las siguiente declaración de hechos.

Firma de la persona lesionada (Demandante) Fecha

Toda persona que A SABIENDAS REALICE UNA DECLARACIÓN O AFIRMACIÓN FALSA como un dato material en el curso de la información, investigación o ajuste de un reclamo por algún beneficio o pago conforme a este capítulo con el fin de evitar la entrega de dicho pago o beneficio SERÁ CULPABLE DE UN DELITO Y ESTARÁ SUJETA A MULTAS IMPORTANTES Y PRISIÓN.

Información importante para el Demandante de reclamo por compensación de voluntarios del World Trade Center (Formulario WTCVol-3)

Los fondos están disponibles para compensar a los voluntarios lesionados o discapacitados por suministrar asistencia después de los atentados terroristas del 11 de septiembre de 2001 en el World Trade Center. Estos fondos se conocen como el Fondo para voluntarios del World Trade Center del Estado de Nueva York. La Junta de Compensación Obrera del Estado de Nueva York recibe los reclamos de los voluntarios que sufrieron enfermedades o lesiones como resultado de su trabajo como voluntarios en el sitio del World Trade Center o en Fresh Kills Landfill, y administrará los pagos del fondo de acuerdo con la legislación de la Compensación Obrera y las normas de la Junta. Al completar, firmar y presentar este formulario, realiza un reclamo al Fondo para voluntarios del World Trade Center del Estado de Nueva York.

Tenga en cuenta que los beneficios para todos los voluntarios del World Trade Center están limitados a la existencia continua de fondos provistos por el Fondo para voluntarios del World Trade Center del Estado de Nueva York.

A fin de documentar su reclamo, presente este formulario junto con las siguientes copias a la Junta de Compensación Obrera del Estado de Nueva York:

1. Prueba de condición de voluntario (carta de reconocimiento/confirmación de la agencia que le dirigió sus actividades como voluntario el 11 de septiembre en Zona Cero o Fresh Kills Landfill; fotografías, cartas de testigos, etc.).
2. Pruebas médicas de una lesión o enfermedad relacionada con esta su trabajo como voluntario en el sitio designado.
3. Formulario WTC-12 completo (Registro de participación en las operaciones de rescate, recuperación o limpieza en el World Trade Center).
4. Carta de aceptación o rechazo del Programa de Salud del World Trade Center. La Junta ahora requiere que los trabajadores voluntarios presenten un reclamo ante el Programa de Salud del World Trade Center antes de presentar un reclamo ante la Junta; la carta de beneficios del Programa de Salud del World Trade Center deberá presentarse junto con el WTCVol-3.
5. Si presentó un reclamo al Fondo de compensación de víctimas, suministre la carta de determinación de elegibilidad más reciente, la carta de asignación o cualquier otra notificación del estado de los reclamos.
6. Formulario de descargo de responsabilidad de HIPAA del WTC completo - wcb.ny.gov/content/main/forms/wtc-hipaa_S.pdf
7. Formulario de descargo de responsabilidad del Fondo de compensación de víctimas completo - wcb.ny.gov/content/main/forms/wtc-vcf_auth_S.pdf

Conserve toda la documentación para sus registros.

Notifique a su(s) proveedor(es) de salud que tiene un reclamo pendiente con el Fondo para voluntarios del World Trade Center administrado por la Junta de Compensación Obrera y que sus facturas e informes médicos deben ser enviados a la Junta de Compensación Obrera del Estado de Nueva York, No Insurance Unit, PO Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205.

Notificación conforme a la Ley de protección de la privacidad personal de Nueva York

(Artículo 6-A de la Ley de funcionarios públicos) y la Ley federal de privacidad de 1974 (§ 552a del título 5 del U.S.C.).

La autoridad de la Junta de Compensación Obrera (Junta) para solicitar que el demandante lesionado proporcione la información personal, incluido su número de seguro social, se deriva de la autoridad investigadora de la Junta de conformidad con la Ley de Compensación Obrera (Worker's Compensation Law, WCL), § 20 y su autoridad administrativa de acuerdo con la WCL, § 142.

Esta información es recolectada para ayudar a la junta a investigar y administrar los reclamos de la manera más conveniente posible y para ayudarla a mantener los registros de reclamos precisos. Proporcionar su número de seguro social a la Junta es voluntario.

No hay penalidad por no proporcionar su número de seguro social en este formulario; no traerá como consecuencia una denegación de su reclamo o una reducción en los beneficios. La junta protegerá la confidencialidad de toda la información personal en su posesión y la divulgará solo en cumplimiento de sus deberes oficiales de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables.

NOTIFICACIÓN DE LA HIPAA

Para adjudicar un reclamo de compensación obrera o de discapacidad, la WCL-13-a(4)(a) y 325-1.3 del título 12 de NYCRR requieren que los proveedores de atención médica completen de manera regular informes médicos de tratamiento para la Junta y la aseguradora o empleador. Conforme a 164.512 del título 45 de CFR, estos informes médicos legalmente requeridos están exentos de las restricciones de la HIPAA con respecto a la divulgación de información de salud.