

GUIDA RAPIDA PER I LAVORATORI INFORTUNATI

# Si è infortunato/a sul lavoro. Cosa fare?

Se ha subito un infortunio o ha contratto una malattia sul posto di lavoro, potrebbe essere idoneo/a ai sussidi di indennità per infortuni sul lavoro. Potrebbe aver già ricevuto cure mediche, ma se non le ha ricevute, deve farsi prestare assistenza medica il prima possibile.

Per ricevere assistenza con la sua richiesta di indennità, chiami la **Commissione per gli indennizzi dei lavoratori (Workers' Compensation Board, WCB)** al numero **(877) 632-4996**.

## LE SUE RESPONSABILITÀ

- Informi il suo datore di lavoro per iscritto, indicando i dettagli su quando, dove e come ha subito l'infortunio o ha contratto la malattia. Lo faccia il prima possibile entro 30 giorni dall'infortunio o dalla malattia. Non lo comunichi via SMS; invii invece una lettera, un'email o un altro documento che possa essere salvato o stampato.
- Comunichi ai suoi fornitori di assistenza sanitaria che ha una lesione o una malattia correlata al lavoro e fornisca il nome della compagnia assicurativa responsabile degli indennizzi per il suo datore di lavoro. Se non conosce il nome della compagnia assicurativa, lo chieda al suo datore di lavoro o contatti subito la WCB. Il suo fornitore di assistenza sanitaria presenterà i referti medici alla WCB e al suo datore di lavoro o alla relativa compagnia assicurativa. È necessario presentare un referto medico alla WCB affinché lei possa accedere ai suoi sussidi.
- Presenti un modulo di richiesta di indennità C-3 per il lavoratore (**Employee Claim, Form C-3**) segnalando il suo infortunio o la sua malattia alla WCB il prima possibile. Deve comunicare il suo infortunio o la sua malattia alla WCB entro due anni. Se ha già subito una lesione alla stessa parte del corpo, o ha contratto una malattia simile, deve anche presentare un modulo C-3.3, "Richiesta di divulgazione parziale delle informazioni sanitarie" (**Limited Release of Health Information, Form C-3.3**). **La posizione relativa all'immigrazione o la cittadinanza non incidono sull'indennizzo per gli infortuni sul lavoro.**

### Come presentare una richiesta di indennità

Metodo più rapido: visitare il sito [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov) e selezionare "**File a Claim**" (Presentare una richiesta di indennità).

Per domande relative alla compilazione del modulo C-3, o per riceverne una copia, chiamare il numero **(877) 632-4996**. Un rappresentante della WCB le fornirà assistenza.

## SPESE MEDICHE E DI VIAGGIO

**L'assistenza medica per trattare la sua lesione o malattia correlata al lavoro è un sussidio di indennità per infortuni sul lavoro fornibile gratuitamente.** Le fatture mediche per la sua lesione o malattia vengono corrisposte al suo fornitore di assistenza sanitaria direttamente dalla compagnia assicurativa responsabile degli indennizzi per il suo datore di lavoro. In caso di contestazione del suo caso da parte della compagnia assicurativa, i fornitori di assistenza sanitaria riceveranno il pagamento qualora la WCB si pronuncerà a suo favore. Tuttavia, se la WCB non dovesse pronunciarsi a suo favore, o qualora lei non persegua il caso, sarà lei stesso/a a dover corrispondere il pagamento al fornitore di assistenza sanitaria o all'ospedale (oppure presentare la/e fattura/e alla sua compagnia assicurativa).

La compagnia assicurativa responsabile degli indennizzi per il suo datore di lavoro copre i farmaci e le apparecchiature necessari dal punto di vista medico su prescrizione del suo fornitore di assistenza sanitaria. Potrebbe anche ricevere rimborsi per chilometraggio, trasporti pubblici o altre spese necessarie sostenute durante il viaggio per il trattamento. Presenti queste spese (inclusendo le ricevute, se ne è in possesso) alla compagnia assicurativa responsabile degli indennizzi per il suo datore di lavoro e alla WCB utilizzando un modulo C-257, "Registro delle spese mediche e di viaggio del richiedente e richiesta di rimborso" (**Claimant's Record of Medical and Travel Expenses and Request for Reimbursement, Form C-257**).

Generalmente, può scegliere qualsiasi fornitore di assistenza sanitaria autorizzato dalla WCB. Può cercare un fornitore di assistenza sanitaria autorizzato nella sua zona utilizzando la funzione "**Health Care Provider Search**" (Ricerca di un fornitore di assistenza sanitaria) sul sito [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov). Può anche avvalersi di cliniche per la salute occupazionale. Tuttavia, se la compagnia assicurativa responsabile degli indennizzi per il suo datore di lavoro dispone di un fornitore di servizi convenzionati (**Preferred Provider Organization, PPO**) per l'assistenza relativa agli indennizzi per infortuni sul lavoro, deve ricevere il suo primo trattamento all'interno della rete PPO. Se detta compagnia assicurativa dispone anche di una rete diagnostica o di farmacie, deve ricevere i servizi all'interno di queste reti. La compagnia assicurativa deve informarla in merito alle reti di fornitori richieste e al modo di utilizzarle. Tuttavia, in caso di emergenza, può avvalersi di qualsiasi fornitore.

## GUIDA RAPIDA PER I LAVORATORI INFORTUNATI

### SUSSIDI PER MANCATE RETRIBUZIONI

Ha diritto a una parte delle sue mancate retribuzioni, da corrispondersi tempestivamente, qualora l'infortunio o la malattia incida sulla sua situazione in uno o più dei seguenti modi:

1. Le impedisca di lavorare per oltre sette giorni solari;
2. Si stabilisca che una parte del suo corpo sia affetta da invalidità permanente; e/o
3. La sua retribuzione venga ridotta perché ora deve lavorare meno ore o svolgere una mansione diversa.

Dopo la guarigione dal suo infortunio o dalla malattia e quando non si prevede nessun ulteriore miglioramento dal punto di vista medico (generalmente un anno dopo la data dell'incidente/della malattia o dell'intervento chirurgico, se eseguito), può chiedere al suo medico di valutare se il suo incidente/la sua malattia ha comportato una lesione/patologia permanente. Per avere maggiori informazioni su questo sussidio, visiti il sito [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov), faccia clic sulla sezione "Workers" (Lavoratori), poi selezioni "Disability Classifications" (Classificazioni dell'invalidità).

Può assumere un legale o un rappresentante autorizzato per aiutarla con la richiesta di indennità, ma non è obbligatorio. Il legale o il rappresentante autorizzato non deve essere pagato direttamente da lei o dai suoi familiari. I relativi onorari sono approvati dalla WCB e dedotti dall'importo risarcito per le mancate retribuzioni.

In caso di contestazione del suo caso, può ricevere i sussidi di invalidità mentre il caso è in attesa di essere esaminato dalla WCB. Per ottenere un modulo DB-450, "Notifica e prova della richiesta per sussidi di invalidità" (**Notice and Proof of Claim for Disability Benefits, Form DB-450**), visiti il sito [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov), chiami la WCB per ricevere assistenza o visiti un ufficio della WCB. Se il caso si risolve a suo favore, i sussidi di invalidità verranno dedotti dall'importo risarcito per le mancate retribuzioni.

### QUAL È IL PROSSIMO PASSO?

La compagnia assicurativa responsabile degli indennizzi la contatterà. Se la sua richiesta di indennità viene accettata, i suoi fornitori di assistenza sanitaria riceveranno il pagamento e lei inizierà a ricevere i sussidi per le mancate retribuzioni. Se il suo caso ha bisogno di un'udienza, la WCB la contatterà. Sono disponibili risorse online per facilitare il processo dell'udienza:

- **eCase:** può caricare e visualizzare online i documenti correlati al caso grazie al sistema eCase della WCB, utilizzato per elaborare le richieste di indennità per i lavoratori infortunati. Deve registrarsi a eCase sul sito [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov).
- **Udienze virtuali:** ha la possibilità di presenziare alle udienze senza la necessità di recarsi presso un ufficio della WCB utilizzando il servizio di udienze virtuali. Ulteriori informazioni sulle udienze virtuali e sull'app gratuita della WCB alla pagina [wcb.ny.gov/virtual-hearings](http://wcb.ny.gov/virtual-hearings).

### ASSISTENZA DISPONIBILE

A volte serve aiuto per tornare a lavorare. Il suo datore di lavoro potrebbe disporre di mansioni alternative o leggere per consentirle di lavorare mentre si riprende. Un infortunio o una malattia possono anche causare problemi familiari o finanziari. La WCB dispone di consulenti per la riabilitazione professionale e assistenti sociali che possono aiutarla. Chiami la WCB per maggiori informazioni sui servizi disponibili e per ricevere assistenza.

Se la preoccupa la dipendenza da antidolorifici oppioidi, chiami la NYS OASAS HOPELine al numero **877-8-HOPENY (877-846-7369)**.

#### Recapiti importanti

Workers' Compensation Board	(877) 632-4996	claims@wcb.ny.gov
		wcb.ny.gov

New York State Workers' Compensation Board  
PO BOX 5205  
Binghamton, NY 13902-5205



Workers'  
Compensation  
Board



Compili questo modulo per presentare una richiesta di indennità per un infortunio sul lavoro o una patologia correlata al lavoro. Compilare in stampatello o con calligrafia chiara. Questo modulo può essere compilato anche online all'indirizzo [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov).

Numero di pratica WCB (se noto): \_\_\_\_\_

## A. LE SUE INFORMAZIONI (dipendente)

1. Nome: \_\_\_\_\_ 2. Data di nascita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Nome Iniz. 2° nome Cognome

3. Indirizzo postale: \_\_\_\_\_  
N. civico e via / casella postale / appartamento n. Città Stato Codice postale

4. Numero di previdenza sociale: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ 5. Numero di telefono: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ 6. Genere:  M  F  X

7. Avrà bisogno di un interprete qualora dovesse partecipare a un'udienza della WCB?  Sì  No Se "Sì", per quale lingua? \_\_\_\_\_

## B. IL SUO DATORE (O DATORI) DI LAVORO

1. Datore al momento dell'infortunio: \_\_\_\_\_ 2. Numero di telefono: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

3. Il suo indirizzo di lavoro: \_\_\_\_\_  
N. civico e via Città Stato Codice postale

4. Data della sua assunzione: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 5. Nome del suo supervisore: \_\_\_\_\_

6. Indichi nomi / indirizzi di eventuali altri datori al momento dell'infortunio / malattia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Ha perso giorni di lavoro presso altri impieghi come conseguenza dell'infortunio / della malattia?  Sì  No

## C. IL SUO LAVORO alla data dell'infortunio o della malattia

1. Qual era il suo titolo o mansione professionale? \_\_\_\_\_

2. Quali tipi di attività eseguiva abitualmente al lavoro? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Il suo lavoro era...? (una sola opzione)  full-time  part-time  stagionale  volontario  Altro: \_\_\_\_\_

4. Qual era la sua retribuzione lorda (ante imposte) per ogni periodo retributivo? \_\_\_\_\_ 5. Con quale frequenza veniva retribuito/a? \_\_\_\_\_

6. Riceveva un alloggio o mance in aggiunta alla retribuzione?  Sì  No Se "Sì", indichi in dettaglio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## D. IL SUO INFORTUNIO O LA SUA MALATTIA

1. Data dell'infortunio o dell'insorgenza della malattia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 2. Orario dell'infortunio: \_\_\_\_\_  AM  PM

3. Dove si è prodotto/a l'infortunio / la malattia? (Ad es. 1 Main Street, Pottersville, alla porta d'ingresso) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Questo era il suo luogo di lavoro abituale?  Sì  No Se "No", perché si trovava presso questo luogo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Cosa stava facendo quando si è prodotto/a l'infortunio o la malattia? (Ad es. scaricando merce da un camion, stilando una relazione) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Come si è prodotto/a l'infortunio / la malattia? (Ad es. ho inciampato su un tubo e sono caduto/a a terra) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Illustri in modo esauriente la natura dell'infortunio / della malattia; indichi le parti del corpo interessate (ad es. distorsione alla caviglia sinistra e taglio sulla fronte): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



IL SUO NOME: \_\_\_\_\_  
Nome Iniz. 2° nome Cognome

DATA DELL'INFORTUNIO /  
DELLA MALATTIA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## D. IL SUO INFORTUNIO O LA SUA MALATTIA *continua*

8. È stato coinvolto un oggetto (ad es. carrello elevatore, martello, acido) nell'incidento / nella malattia?  Sì  No  
Se "Sì", quale? \_\_\_\_\_
9. L'incidento è conseguito dall'uso o dal funzionamento di un autoveicolo provvisto di targa?  Sì  No  
Se "Sì", veicolo  di sua proprietà  del datore di lavoro  di altri N. di targa (se nota): \_\_\_\_\_  
Se era coinvolto un veicolo di sua proprietà, indichi il nome e l'indirizzo della compagnia assicurativa del suo autoveicolo: \_\_\_\_\_
10. Ha dato al suo datore di lavoro (o supervisore) comunicazione di infortunio / malattia?  Sì  No  
Se "Sì", comunicazione data: \_\_\_\_\_  verbalmente  per iscritto Data della comunicazione: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
11. Qualcuno ha assistito all'incidento?  Sì  No  Non noto Se "Sì", indichi i nomi: \_\_\_\_\_

## E. RITORNO AL LAVORO

1. Ha interrotto il lavoro a causa dell'incidento / della malattia?  Sì, in quale data? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  No, passi alla Sezione F.
2. È tornato/a al lavoro?  Sì  No  Se "Sì", in quale data? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  Mansione abituale  Mansione ridotta
3. Se è tornato/a al lavoro, per chi lavora adesso?  Stesso datore  Nuovo datore  Lavoro autonomo
4. Qual è la sua retribuzione lorda (ante imposte) per ogni periodo retributivo? \_\_\_\_\_ Con quale frequenza viene retribuito/a? \_\_\_\_\_

## F. TRATTAMENTO MEDICO PER L'INFORTUNIO O LA MALATTIA

1. Qual è stata la data del suo primo trattamento? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  Nessuno ricevuto (passi alla domanda F-5)
2. È stato/a trattato/a sul posto?  Sì  No
3. Dove ha ricevuto il suo primo trattamento medico fuori sede per l'incidento / la malattia?  Nessuno ricevuto  Pronto soccorso  
 Ambulatorio del medico  Clinica / ospedale / terapia intensiva  Ricovero ospedaliero di oltre 24 ore  
Nome e indirizzo del luogo in cui ha ricevuto il primo trattamento: \_\_\_\_\_  
Numero di telefono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_
4. È ancora in trattamento per l'incidento / la malattia?  Sì  No  
Indichi il nome e l'indirizzo del medico (o medici) che la tratta per l'incidento / la malattia: \_\_\_\_\_  
Numero di telefono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_
5. Ha subito un altro infortunio alla stessa parte del corpo, o ha avuto una malattia simile?  Sì  No  
Se "Sì", ha ricevuto un trattamento da un medico?  Sì  No Se "Sì", indichi il nome e l'indirizzo del medico (o medici) che l'ha trattato, poi **COMPILI E INVII IL MODULO C-3.3 INSIEME A QUESTO MODULO:**

6. L'incidento / la malattia precedente era correlato/a al lavoro?  Sì  No  
Se "Sì", stava lavorando per lo stesso datore di lavoro per il quale lavora ora?  Sì  No

Con la presente inoltro una richiesta di sussidi ai sensi della Normativa in materia di infortuni sul lavoro. La mia firma conferma che le informazioni da me fornite sono vere e accurate per quanto a mia conoscenza.

Qualsiasi persona che, consapevolmente e con INTENTO FRAUDOLENTO, determini la comunicazione di qualsiasi informazione che contenga **CONSTATAZIONI FALSE** o occulti qualsiasi fatto materiale, oppure la prepari per comunicarla o affinché sia comunicata a o da un assicuratore o una persona con assicurazione autonoma, **SARÀ REPUTATA COLPEVOLE DI REATO** e soggetta a cospicue **SANZIONI E ALLA RECLUSIONE.**

Firma del(la) dipendente: \_\_\_\_\_ Nome in stampatello: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Per conto del(la) dipendente: \_\_\_\_\_ Nome in stampatello: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**È ammissibile la firma di un'altra persona per conto del(la) dipendente soltanto nel caso in cui tale persona sia legalmente autorizzata e il/la dipendente sia minorenne, mentalmente incapace o impossibilitato/a.**

Certifico per le informazioni a mia conoscenza, formatesi dopo un'indagine ragionevole date le circostanze, che le dichiarazioni e altri elementi di fatto affermati in precedenza hanno sostegno probatorio, o è probabile che abbiano sostegno probatorio dopo una ragionevole opportunità di ulteriori accertamenti o ricerche.

Firma del legale / rappresentante (se presente): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome in stampatello: \_\_\_\_\_ Titolo: \_\_\_\_\_

N. ID, se presente: **R** \_\_\_\_\_ Se rappresentante abilitato, N. abilitazione: \_\_\_\_\_ Data di scadenza: \_\_\_\_\_

## Istruzioni per completare la richiesta di indennità per il/la dipendente (modulo C-3)

Compili questo modulo e lo invii all'indirizzo di posta centralizzata della Workers' Compensation Board indicato in calce alle presenti istruzioni. Se ha bisogno di ulteriore assistenza per compilare il modulo, contatti la Workers' Compensation Board al numero **1-877-632-4996**. È possibile compilare questo modulo anche online all'indirizzo **wcb.ny.gov**. Se non dispone o non conosce il suo numero di pratica della Workers' Compensation Board, lasci vuoto questo campo. Non è necessario per elaborare la sua richiesta. Ricordi di inserire il suo nome e la data del suo infortunio / della sua malattia nella parte superiore della pagina.

### Sezione A - Le sue informazioni (dipendente):

Nella Sezione A, inserisca il suo nome, indirizzo e altre informazioni richieste.

**Nota sulla Voce 7:** le udienze della WCB si svolgono in lingua inglese. Se ha bisogno di un interprete, selezioni **Si** e indichi la lingua di cui ha bisogno.

**Notifica ai sensi della Normativa di New York sulla tutela dei dati personali (New York Personal Privacy Protection Law)**

**(Normativa sui funzionari pubblici, articolo 6-A (Public Officers Law Article 6-A)) e della Normativa federale sulla privacy (Federal Privacy Act of 1974, 5 U.S.C. § 552a).**

L'autorità della Workers' Compensation Board ("WCB") di esigere le informazioni personali, incluso il numero di previdenza sociale, dei richiedenti deriva dall'autorità istruttoria ai sensi della Normativa in materia di infortuni sul lavoro (*Workers' Compensation Law, WCL*) § 20, e dall'autorità amministrativa ai sensi della WCL § 142. Si acquisiscono queste informazioni per consentire alla WCB di indagare e gestire le richieste di indennità il più rapidamente possibile, e di conservarne registri accurati. La comunicazione del numero di previdenza sociale alla WCB è volontaria. Non sono previste sanzioni per la mancata comunicazione del numero di previdenza sociale, né ciò determina il rigetto della richiesta di indennità o la riduzione dei sussidi. La WCB protegge la riservatezza di tutte le informazioni personali in proprio possesso e le divulga soltanto per assolvere ai propri doveri d'ufficio e in ottemperanza alle normative statali e federali vigenti.

### Sezione B - Il suo datore (o datori) di lavoro:

Nella Sezione B, inserisca il nome, l'indirizzo, il numero di telefono e altre informazioni del datore di lavoro per il quale stava lavorando al momento dell'infortunio / della malattia.

**Nota:** il suo datore di lavoro è l'azienda o l'agenzia che eroga il suo stipendio. Se lavora come terzista presso un cantiere o un ufficio, il suo datore di lavoro è il fornitore o l'agenzia di selezione del personale che l'ha assunta, non il cantiere o l'ufficio presso cui si è presentato/a per lavorare.

### Sezione C - Il suo lavoro alla data dell'infortunio o della malattia:

Nella Sezione C, inserisca il suo titolo professionale, le sue attività lavorative e le informazioni sulla retribuzione.

### Sezione D - Il suo infortunio o la sua malattia:

Nella Sezione D, inserisca le informazioni sul suo infortunio o sulla sua malattia.

**Voce 1:** inserisca la data in cui ha subito l'infortunio o la prima data in cui ha notato di essere malato/a.

Se si tratta di un'infermità o una malattia professionale, passi alla voce 2. La data in cui ha subito l'infortunio deve essere nel formato mese / giorno / anno. L'anno deve essere indicato con quattro cifre, ad es. 2015.

**Voce 2:** inserisca l'orario a cui è avvenuto l'infortunio. Selezioni la casella "AM" o "PM" se è avvenuto di mattina o pomeriggio.

**Voce 3:** indichi il luogo in cui si è verificato/a l'infortunio / la malattia, incluso l'indirizzo dell'edificio e il luogo fisico nell'edificio in cui è avvenuto/a l'infortunio / la malattia.

**Voce 4:** selezioni la casella corrispondente se questo era il suo luogo di lavoro abituale. Se non lo era, spieghi per quale motivo si trovava in questo luogo.

**Voce 5:** descriva in dettaglio cosa stava facendo al momento dell'infortunio / della malattia (ad es. scaricando a mano scatoloni da un camion) per spiegare gli eventi che hanno portato all'infortunio.

**Voce 6:** descriva in dettaglio il modo in cui si è verificato/a l'infortunio / la malattia (ad es. stavo sollevando un pesante scatolone da un camion). Deve includere tutte le persone e gli eventi coinvolti nell'infortunio / nella malattia.

**Voce 7:** indichi per intero la natura e l'entità del suo infortunio / della sua malattia, incluse tutte le parti del corpo lesionate. Cerchi di fornire più dettagli possibili (ad es. ho subito uno stiramento alla schiena cercando di sollevare un pesante scatolone. Ora mi fa male quando mi piego in avanti o persino se sorreggo oggetti più leggeri).

**Voce 8:** indichi se è stato coinvolto qualche oggetto nell'incidente **diverso da** un autoveicolo provvisto di targa. Altri oggetti possono includere un utensile (ad es. un martello), una sostanza chimica (ad es. un acido), un macchinario (ad es. un carrello elevatore o un trapano a colonna), ecc.

**Voce 9:** indichi se nell'incidente è stato coinvolto un autoveicolo provvisto di targa. Se lo è stato, selezioni la casella corrispondente per indicare se l'autoveicolo era di sua proprietà, di proprietà del suo datore di lavoro o di proprietà di terzi. Includa il numero di targa (se noto). Se era coinvolto un veicolo di sua proprietà, compili il nome e l'indirizzo della sua compagnia assicurativa di responsabilità civile.

**Voce 10:** selezioni la casella corrispondente se ha dato al suo datore di lavoro o supervisore comunicazione del suo infortunio o della sua malattia. In questo caso, indichi a chi ha dato la comunicazione e se lo ha fatto verbalmente o per iscritto. Includa la data in cui ha dato la comunicazione.

**Voce 11:** selezioni la casella corrispondente se qualcun altro ha assistito all'infortunio. Se qualcuno vi ha assistito, includa il suo (o loro) nome.

### Sezione E - Ritorno al lavoro:

**Voce 1:** se ha smesso di lavorare in conseguenza dell'infortunio / della malattia correlati al lavoro, selezioni la casella "Si" e indichi la data in cui ha smesso di lavorare. Se non ha smesso di lavorare, selezioni la casella "No" e passi alla sezione successiva.

**Voce 2:** se da allora è tornato/a al lavoro, selezioni la casella "Si". Indichi anche in quale data ha iniziato di nuovo a lavorare, nonché se è tornato/a alle sue mansioni abituali o se sta svolgendo una mansione ridotta o limitata. (Se non è tornato/a alle sue complete mansioni lavorative pre-infortunio o pre-malattia, selezioni "mansione ridotta".)

**Voce 3:** se è tornato/a al lavoro, indichi per chi lavora adesso.

**Voce 4:** inserisca la sua retribuzione lorda (ante imposte) per ogni periodo retributivo in riferimento al lavoro che sta svolgendo ora. Indichi con quale frequenza sta ricevendo lo stipendio (settimanale, quindicinale, ecc.).

### **Sezione F - Trattamento medico per l'infortunio o la malattia:**

**Voce 1:** se non ha ricevuto un trattamento medico per l'infortunio / la malattia, selezioni "Nessuno ricevuto" e passi alla voce 5. Altrimenti, inserisca la data in cui ha ricevuto per la prima volta il trattamento per l'infortunio / la malattia e compili il resto di questa sezione.

**Voce 2:** selezioni la casella corrispondente se ha ricevuto sul lavoro il primo trattamento per l'infortunio o la malattia.

**Voce 3:** selezioni il luogo fuori sede in cui ha ricevuto il suo primo trattamento medico per l'infortunio o la malattia. Includa il nome e l'indirizzo della struttura e il numero di telefono (incluso il prefisso locale).

**Voce 4:** se sta ancora ricevendo un trattamento continuo per lo stesso infortunio o la stessa malattia, selezioni "Sì" e indichi il nome e l'indirizzo del medico (o medici) che hanno erogato il trattamento e il numero di telefono (incluso il prefisso locale); altrimenti, selezioni "No".

**Voce 5:** se ha già subito un infortunio alla stessa parte del corpo o ha avuto una malattia simile, selezioni "Sì" e indichi se ha ricevuto da un medico un trattamento per l'infortunio o la malattia. Se ha ricevuto un trattamento da un medico, indichi il nome (o i nomi) e l'indirizzo (o gli indirizzi) del medico (o dei medici) che l'ha trattato, poi **compili e invii il modulo C-3.3 insieme a questo modulo.**

**Voce 6:** in caso abbia subito un infortunio o una malattia precedente, selezioni la casella corrispondente se era correlato/a al lavoro. Se "Sì", selezioni la casella corrispondente nel caso in cui l'infortunio o la malattia si sono verificati mentre lavorava per il suo attuale datore di lavoro.

Firmi il modulo C-3 nello spazio previsto per la firma del(la) dipendente a pagina 2, inserisca il suo nome in stampatello e la data in cui ha firmato il modulo. Se un soggetto terzo sta firmando per conto del(la) dipendente, detta persona deve firmare sulla seconda linea per la firma. Se dispone di una rappresentanza legale, il suo rappresentante deve compilare e firmare la sezione dedicata alla certificazione del legale / del rappresentante in calce a pagina 2.

### **Cosa dovrebbe fare ogni lavoratore in caso di infortunio sul lavoro o di malattia professionale:**

1. Comunicare subito al proprio datore di lavoro o supervisore quando, dove e come si è subito l'infortunio.
2. Accertarsi subito di ricevere assistenza medica.
3. Chiedere al proprio medico di presentare i referti medici alla WCB e al proprio datore di lavoro o alla relativa compagnia assicurativa.
4. Redigere questa richiesta di indennità e inviarla all'ufficio più vicino della Workers' Compensation Board. (Vedere di seguito.) La mancata presentazione entro due anni dalla data dell'infortunio può comportare il rigetto della richiesta. Se si ha bisogno di assistenza per compilare il presente modulo, chiamare o visitare l'ufficio più vicino della Workers' Compensation Board presente nell'elenco sottostante.
5. Presentarsi a tutte le udienze quando si riceve la notifica di comparizione.
6. Tornare al lavoro non appena è possibile; l'importo dell'indennità non è mai pari alla propria retribuzione.

### **I suoi diritti:**

1. In generale, ha diritto a ricevere un trattamento da un medico di sua scelta che sia autorizzato dalla WCB. Se il suo datore di lavoro partecipa a un accordo con fornitori di servizi convenzionati (PPO), lei deve ottenere il trattamento iniziale dal fornitore di servizi convenzionati che è stato incaricato di prestare i servizi sanitari per gli infortuni sul lavoro.
2. NON corrisponda il pagamento al suo medico o ospedale. Le loro fatture saranno saldate dalla compagnia assicurativa qualora il suo caso non venga contestato. Se il suo caso viene contestato, il medico o l'ospedale deve attendere il pagamento fino alla decisione della WCB sul suo caso. Qualora lei non riesca a sostenere il suo caso o la decisione della WCB non sia a suo favore, dovrà corrispondere il pagamento al medico o all'ospedale.
3. Ha anche il diritto a ricevere un rimborso per i farmaci, le stampelle o qualsiasi dispositivo debitamente prescritti dal suo medico e per le spese di trasporto o altre spese necessarie per andare e tornare dallo studio del suo medico o dall'ospedale. (Si faccia rilasciare le ricevute per queste spese.)
4. Ha diritto all'indennità se l'infortunio le impedisce di lavorare per più di sette giorni, la costringe a lavorare per retribuzioni più basse o determina un'inabilità permanente a qualsiasi parte del corpo.
5. L'indennità è direttamente esigibile senza dover attendere una sentenza, tranne quando la richiesta di indennità viene contestata.
6. I lavoratori infortunati o le persone a carico di lavoratori deceduti possono rappresentarsi da soli nelle questioni dinanzi alla WCB o possono avvalersi di un legale o di un rappresentante abilitato che li rappresenti. Se ci si avvale di un legale o di un rappresentante abilitato, il relativo onorario per i servizi legali sarà esaminato dalla WCB e, se approvato, verrà corrisposto dal datore di lavoro o dalla compagnia assicurativa con gli eventuali sussidi di indennità dovuti. I lavoratori infortunati o le persone a carico di lavoratori deceduti non devono corrispondere alcuna somma direttamente al legale o al rappresentante abilitato che li rappresenta in un caso di indennità.
7. Se ha bisogno di assistenza per tornare al lavoro o per affrontare problemi familiari o finanziari causati dal suo infortunio, contatti l'ufficio più vicino della Workers' Compensation Board e chieda di un consulente per la riabilitazione professionale o un assistente sociale.

**Questo modulo deve essere presentato inviandolo direttamente all'indirizzo indicato di seguito:**

**New York State Workers' Compensation Board  
Centralized Mailing  
PO Box 5205  
Binghamton, NY 13902-5205**

**Numero verde del servizio clienti: 877-632-4996**



N. di pratica WCB (se noto): \_\_\_\_\_

**Per il/la richiedente:** se ha ricevuto un trattamento per un infortunio *precedente* alla stessa parte del corpo o per una malattia simile a quella descritta nella sua attuale richiesta, compili questo modulo. Il modulo consente ai fornitori di assistenza sanitaria da lei indicati a seguire di divulgare le informazioni sanitarie sul suo infortunio / sulla sua malattia precedente alla compagnia assicurativa responsabile degli indennizzi per il suo datore di lavoro. La normativa HIPAA federale (Normativa sulla portabilità e responsabilità delle polizze di assicurazione sanitaria del 1996) afferma che lei ha il diritto di ottenere una copia di questo modulo. Se non comprende il modulo, parli con il suo rappresentante legale. Se non dispone di un rappresentante legale, il Difensore dei lavoratori infortunati presso la Workers' Compensation Board può aiutarla. Chiami il numero: 800-580-6665.

**Per il fornitore di assistenza sanitaria:** Una **copia** della presente liberatoria conforme all'HIPAA le consente di divulgare le informazioni sanitarie. Se invia le cartelle cliniche alla compagnia assicurativa responsabile degli indennizzi per il datore di lavoro in risposta alla presente liberatoria, ne spedisca una copia anche al rappresentante legale del(la) richiedente. (Se a seguire non è indicato alcun rappresentante legale, invii le copie al(la) richiedente.) I fornitori di assistenza sanitaria che trasmettono le cartelle devono rispettare la Normativa dello Stato di New York e l'HIPAA.

La presente liberatoria è:

- **Volontaria.** Il suo fornitore (o fornitori) di assistenza sanitaria deve offrirle la stessa assistenza, gli stessi termini di pagamento e le stesse prestazioni, a prescindere che lei sottoscriva il presente modulo o meno.
- **Parziale.** Concede al suo fornitore (o fornitori) di assistenza sanitaria il permesso di divulgare soltanto le cartelle cliniche correlate alla malattia / condizione precedente da lei descritta di seguito.
- **Temporanea.** Termina quando viene stabilita o respinta la sua attuale richiesta di indennità, e tutte le possibilità di ricorso esaurite.
- **Revocabile.** Può annullare questa liberatoria in qualsiasi momento. Per annullarla, invii una comunicazione al fornitore (o fornitori) di assistenza sanitaria indicato in questo modulo. Inoltre, invii una copia della sua comunicazione alla compagnia assicurativa responsabile degli indennizzi per il suo datore di lavoro e alla Workers' Compensation Board. *Nota: non può annullare la presente liberatoria in riferimento a cartelle cliniche già fornite.*
- **Solo per cartelle cliniche.** Concede al fornitore (o fornitori) di assistenza sanitaria indicato in questo modulo il permesso di inviare copie delle sue cartelle cliniche alla compagnia assicurativa responsabile degli indennizzi per il suo datore di lavoro.

Il presente modulo NON consente al suo fornitore (o fornitori) di assistenza sanitaria di divulgare i seguenti tipi di informazioni:

- **Informazioni correlate all'HIV**
- **Appunti relativi alla psicoterapia**
- **Trattamento dell'alcolismo/della tossicodipendenza**
- **Trattamento di salute mentale** (salvo selezioni la relativa casella di seguito)
- **Informazioni verbali** (i suoi fornitori di assistenza sanitaria non possono discutere delle sue informazioni sanitarie con nessuno)

Qualsiasi cartella medica divulgata entrerà a far parte del suo fascicolo relativo all'indennità per infortuni sul lavoro e sarà riservata ai sensi della Normativa in materia di infortuni sul lavoro.

**A. LE SUE INFORMAZIONI (richiedente)**

1. Nome: \_\_\_\_\_ 2. Numero di previdenza sociale: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
3. Indirizzo postale: \_\_\_\_\_
4. Data di nascita: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 5. Data dell'attuale infortunio/malattia: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
6. Attuale infortunio/malattia, incluse tutte le parti del corpo lesionate: \_\_\_\_\_
7. Nome e indirizzo del suo rappresentante legale (se presente): \_\_\_\_\_

*Selezioni questa casella se consente al suo fornitore (o fornitori) di assistenza sanitaria di divulgare **informazioni sull'assistenza di salute mentale.***

**B. I SUOI FORNITORI DI ASSISTENZA SANITARIA** (Indichi tutti i fornitori di assistenza sanitaria che l'hanno trattata per un infortunio *precedente* alla stessa parte del corpo o per una malattia simile. Se si tratta di più di 2 fornitori, allegli le loro informazioni di contatto al presente modulo.)

1. Fornitore: \_\_\_\_\_ 2. Numero di telefono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_
3. Indirizzo postale: \_\_\_\_\_
4. Altro fornitore (se presente): \_\_\_\_\_ 5. Numero di telefono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_
6. Indirizzo postale: \_\_\_\_\_

**C. LEGGERE E FIRMARE DI SEGUITO.** Con la presente richiedo che il fornitore (o fornitori) di assistenza sanitaria indicato in precedenza invii alla compagnia assicurativa responsabile degli indennizzi per il mio datore di lavoro le copie di tutte le mie cartelle cliniche correlate a qualsiasi infortunio/malattia, a tutte le parti del corpo, descritto/a in precedenza.

Firma del(la) richiedente (usare soltanto penne, possibilmente di colore blu.) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**Se il/la richiedente non è in grado di firmare**, la persona che firma in sua vece deve compilare e firmare di seguito:

Il suo nome \_\_\_\_\_ Rapporto esistente con il/la richiedente \_\_\_\_\_ Firma (usare soltanto penne, possibilmente di colore blu.) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_



Informativa sul diritto di scelta di un professionista/struttura sanitaria  
autorizzato dalla Workers' Compensation Board

Nome del dipendente vittima di infortunio	N. di previdenza sociale del dipendente vittima di infortunio	Data dell'incidente
Nome e indirizzo del datore di lavoro		

**Al dipendente vittima di infortunio:**

Per il trattamento del proprio infortunio o malattia correlata alla professione, sarà possibile rivolgersi (su segnalazione del medico autorizzato) ai medici, podologi, chiropratici o psicologi autorizzati dalla Workers' Compensation Board che accettano di curare i pazienti coperti da assicurazione sul lavoro.

Anche nell'eventualità in cui si decida di rivolgersi a una rete di assistenza sanitaria o a un professionista/struttura sanitaria indicato dal proprio datore di lavoro o dalla rispettiva compagnia assicurativa per infortuni sul lavoro, o se, invece, si consente al proprio datore di lavoro di scegliere un professionista/struttura sanitaria per proprio conto, sarà comunque possibile rivolgersi a diverso professionista/struttura sanitaria in qualsiasi momento senza compromettere in alcun modo la richiesta di indennizzo per infortunio sul lavoro.

\_\_\_\_\_  
Firma del dipendente vittima di  
infortunio

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Firma del testimone

\_\_\_\_\_  
Data

**Attenzione:** Non è necessario firmare il modulo di consenso se il proprio datore di lavoro: (1) è membro di organizzazione di prestatori di assistenza sanitaria convenzionati (PPO) ai sensi dell'Articolo 10-A della Workers' Compensation Law; (2) partecipi a programma pilota di soluzione alternativa delle dispute (ADR) secondo quanto stabilito nella sezione 25(2-c) della Workers' Compensation Law. Secondo tali programmi istituzionali, fatto salvo situazioni di emergenza, il trattamento iniziale di qualsiasi tipo di infortunio sul lavoro o malattia correlata alla professione Le dovrebbe essere garantito dalle reti di assistenza certificate o dai professionisti/strutture designati dal suo datore di lavoro.

**Al datore di lavoro:**

Il datore di lavoro è tenuto a fornire al suddetto dipendente, vittima di infortunio sul lavoro, copia firmata del presente modulo e conservare l'originale nei propri archivi per eventuali ispezioni da parte della Workers' Compensation Board. Non convalidare né inviare il modulo alla Workers' Compensation Board fintanto che il dipendente non subisce danni fisici dovuti a infortuni sul lavoro o all'insorgere di malattie correlate alla professione.

La Workers' Compensation Board assume e serve persone affette da disabilità senza alcun tipo di discriminazione.





## FONDO ASSICURATIVO DELLO STATO DI NEW YORK GESTIONE DELL'INDENNITA' FARMACEUTICA

Il Fondo Assicurativo dello Stato di New York (NYSIF) fornisce una copertura assicurativa per l'indennità dei lavoratori al datore di lavoro per gli infortuni o la malattia sul lavoro dei dipendenti. Questo programma comprende una rete di più di 67.000 farmacie aderenti che le renderanno semplice e conveniente avere le prescrizioni mediche. Se ha una prescrizione medica per un infortunio o una malattia dovuto al lavoro, questa deve essere evasa da una farmacia aderente alla rete di farmacie CareComp.

NYSIF mette a disposizione anche un servizio "veloce", che le dà la possibilità di avere indennizzi farmaceutici, anche prima che dell'accettazione della sua richiesta. Sebbene non sia nostro compito fornire tale servizio, è nostro desiderio aiutarla nei primi giorni di difficoltà post-infortunio, offrendo un numero limitato di prescrizioni sanitarie di indennità che si possono ottenere dalla rete di farmacie CareComp.

Si prega di utilizzare il modulo sul retro di questo foglio – "Scheda dei Servizi di Prescrizione Temporanea per l'Indennità dei Lavoratori" – per ottenere le prescrizioni in ogni farmacia aderente. Per compilare il modulo:

**Step 1:** Il datore di lavoro deve inserire il **nome dell'azienda** e il **numero di polizza**.

**Step 2:** Completare il modulo con la sua **richiesta** e le **informazioni di contatto**.

**Step 3:** Consegnare il **modulo completo** e la **prescrizione** a una farmacia della rete CareComp.

**Step 4:** Entro 10 giorni dalla conferma dell'infortunio, riceverà un **pacco da CVS Caremark**. Il pacco conterrà una **tessera di identificazione permanente** da usare per ottenere le prescrizioni relative all'infortunio.

Può consultare le farmacie aderenti visitando [www.wcrxpharmacylocator.com](http://www.wcrxpharmacylocator.com) o chiamando il numero di assistenza al paziente 24h all'(866) 493-1640.

Per maggiori informazioni o assistenza, visitare [www.nysif.com/networkbenefits](http://www.nysif.com/networkbenefits) o contattare NYSIF all'(888) 875-5790.



**Scheda dei Servizi di Prescrizione Temporanea per l'Indennità dei Lavoratori  
(Workers' Compensation)  
Informazioni Importanti**

**AVVISO PER IL LAVORATORE INFORTUNATO**

La presente scheda per i Servizi di Prescrizione Temporanea per l'Indennità dei Lavoratori DEVE ESSERE PRESENTATA al suo farmacista quando compila la sua prima prescrizione. Per maggiori informazioni o per trovare le farmacie aderenti, si prega di contattare CVS Caremark Customer Service all'1-866-493-1640.

**Farmacista/Datore di lavoro** – Inviare il modulo compilato al n di fax di CVS Caremark: 1-866-493-1644

Le informazioni del richiedente saranno raccolte da CVS Caremark per l'elaborazione delle prescrizioni mediche. Le informazioni possono essere comunicate anche via telefono chiamando l'1-866-493-1640.

<p><b>Fondo Assicurativo Stato di New York (NYSIF)</b></p> <p align="center"><b>Attenzione:</b> Tutti i campi sottostanti devono essere compilati.</p> <p>NOME DATORE DI LAVORO:</p> <p>_____</p> <p>N. DI POLIZZA NYSIF WORKERS' COMPENSATION DEL DATORE DI LAVORO:</p> <p>_____</p> <p>DATA INFORTUNIO: ____ / ____ / ____ (MM/GG/AAAA)</p> <p>DATA DI NASCITA LAVORATORE INFORTUNATO:</p> <p>____ / ____ / _____ (MM/GG/AAAA)</p> <p>N. ASSICURAZIONE SANITARIA DELL'INFORTUNATO:</p> <p>_____</p>	<p><b>Gruppo: NYSIF</b></p> <p>NOME LAVORATORE INFORTUNATO:</p> <p>_____</p> <p>NOME                      2° NOME                      COGNOME</p> <p>INDIRIZZO DELL'INFORTUNATO:</p> <p>_____</p> <p>VIA</p> <p>_____</p> <p>CITTA', CAP</p> <p>_____</p> <p><i>Help Desk: Il presente è un programma POS solo via CVS Caremark. Per assistenza, chiamare CVS Caremark Help Desk all'866.493.1640</i></p>
---	--

**Avviso per il Farmacista:**

Il programma di prescrizione di NYSIF è gestito da CVS Caremark. Si prega di seguire le indicazioni sottostanti per inoltrare la richiesta. Tali indicazioni sono necessarie per i richiedenti di NYSIF affinché possano inoltrare una prescrizione.

Step 1	Inserire il n. Contenitore 610235
Step 2	Inserire PCN: WRK
Step 3	ID: N. Assicurazione Sanitaria dell'Infortunato

**ASSISTENZA FARMACISTA**

Per maggiori informazioni sull'elaborazione delle richieste, si prega di contattare CVS Caremark Help Desk all'1-866-493-1640.



Richiedi il pagamento delle indennità per infortuni sul lavoro mediante accredito diretto!

## Accredito diretto

New York State Insurance Fund

nysif.com

### ACCREDITO DIRETTO

NYSIF offre ai richiedenti l'accredito diretto per poter ricevere l'indennità lavorativa. In collaborazione con gli istituti finanziari, NYSIF può accreditare il versamento direttamente sul proprio conto bancario. E' possibile anche scegliere di distribuire i versamenti su due conti bancari (in percentuale).

### REQUISITI PER LA TIPOLOGIA DI CONTO

E' necessario effettuare il versamento in un conto Corrente o di Risparmio. Inserire tutte le informazioni nel modulo di accredito diretto, includendo le coordinate bancarie e il numero di conto bancario (vedi figura). Contattare la propria banca per assistenza.

YOUR NAME 1234 Main Street Anywhere, OH 00000 DATE \_\_\_\_\_ 123

PAY TO THE ORDER OF \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ DOLLARS

044072324 000123456789 123

ROUTING NUMBER ACCOUNT NUMBER CHECK NUMBER

Cod. bancario N. conto

### ANNULLAMENTO

Il presente accordo rimane effettivo fino ad annullamento. Per l'annullamento, visitare nysif.com, registrarsi come richiedente e selezionare l'opzione "unsubscribe from direct deposit" ("annullamento dell'accredito diretto"). Inoltre, è possibile effettuare l'annullamento contattando il responsabile della propria pratica tramite nysif.com, utilizzando i nostri Quick Links (Links Rapidi) in "Get Claims Help" ("Richiedi Assistenza") Il presente accordo può essere annullato anche da NYSIF o dal proprio istituto bancario. In entrambi i casi, riceverà gli assegni successivi per posta. L'annullamento può essere elaborato in un massimo di tre settimane.

### MODIFICHE RIGUARDANTI IL CONTO

Hai la responsabilità di comunicare al NYSIF eventuali modifiche alle informazioni riguardanti il tuo conto bancario (cambio del numero di conto, istituto finanziario, etc.). Avvisa il NYSIF presentando una nuova richiesta di accredito diretto, disponibile sul sito nysif.com.

Se cambi conto o istituto finanziario, dovrai conservare il tuo vecchio conto finché su quello nuovo non verrà effettuato il successivo accredito diretto. Se non mantieni il vecchio conto, potresti riscontrare un ritardo nel pagamento fino a quando non entrerà in vigore la nuova autorizzazione per l'accredito diretto.

### VERIFICA PERIODICA

Il NYSIF potrà contattarti periodicamente per la conferma delle informazioni riguardanti il tuo conto di accredito diretto. Se il beneficiario non è più in vita, comunicalo immediatamente al NYSIF.

**NEW YORK STATE INSURANCE FUND    RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ACCREDITO DIRETTO**

PER RICEVERE L'ACCREDITO DIRETTO DEI SUSSIDI, COMPILARE QUESTO MODULO IN OGNI SUA PARTE E RESTITUIRLO ALL'INDIRIZZO RIPORTATO IN BASSO. PER ULTERIORI INFORMAZIONI SUI PROPRI DIRITTI RIGUARDANTI L'ACCREDITO DIRETTO, VISITARE IL SITO **NYSIF.COM/DIRECTDEPOSIT**.

**GENERALITÀ** (NOME, 2° NOME, COGNOME): \_\_\_\_\_**N. RICH. INDENNITÀ INF. NYSIF:** \_\_\_\_\_**INDIRIZZO** (NON INDICARE CASELLE POSTALI): \_\_\_\_\_**CITTÀ:** \_\_\_\_\_**STATO:** \_\_\_\_\_**ZIP:** \_\_\_\_\_**INDIRIZZO E-MAIL:** \_\_\_\_\_**TEL:** \_\_\_\_\_

Inserire tutte le informazioni, includendo il numero di conto bancario e le coordinate bancarie. Contattare il proprio istituto bancario in caso si necessita di assistenza nel compilare la sezione. **Facoltativo:** Se si desidera dividere i versamenti su due conti bancari, compilare entrambi i campi relativi agli istituti bancari. La percentuale di distribuzione deve avere un totale del 100% (per esempio, il 75% nel primo conto e il 25% nel secondo conto). Nel caso in cui il suo conto bancario non fosse più disponibile, l'importo dovuto sarà inviato tramite assegno.

**CONTO DI ACCREDITO DIRETTO** n.1 (scegliere il conto corrente o di risparmio):     Conto corrente     Conto di Risparmio

Distribuzione \_\_\_\_\_ % dell'assegno

NOME DELL'ISTITUTO FINANZIARIO: \_\_\_\_\_

Coordinate: \_\_\_\_\_ Conto n.: \_\_\_\_\_

**CONTO DI ACCREDITO DIRETTO** n.2 (scegliere il conto corrente o di risparmio):     Conto corrente     Conto di Risparmio

Distribuzione \_\_\_\_\_ % dell'assegno

NOME DELL'ISTITUTO FINANZIARIO: \_\_\_\_\_

Coordinate: \_\_\_\_\_ Conto n.: \_\_\_\_\_

**CERTIFICAZIONE E AUTORIZZAZIONE DEL DEPOSITANTE/BENEFICIARIO**

Firmando il presente modulo, autorizzo NYSIF all'accredito diretto presso (gli) l'istituto finanziario(i) indicato(i) sopra per l'accredito nel(i) conto(i) bancario(i) scelto(i). Certifico che ho diritto a ricevere le indennità o i benefici stabiliti, e che le circostanze che mi danno diritto alle indennità da parte di NYSIF non sono cambiate. Nel caso in cui le circostanze che mi danno diritto alle indennità cambiassero, invierò notifica a NYSIF. Comprendo che per richiedere l'accredito diretto, devo fornire un indirizzo email. Inviando la presente richiesta, acconsento a ricevere notifiche elettroniche all'indirizzo email fornito.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_**DATA:** \_\_\_\_\_**SPEDIRE LA RICHIESTA COMPILATA A:****NYSIF****PO Box 66699****Albany, NY 12206**