

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 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. 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, 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, 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.
- **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.

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

Richiesta di risarcimento del dipendente

C-3

Stato di New York- Commissione per gli infortuni sul lavoro

Compilate questo modulo per richiedere l'indennità di infortunio sul lavoro a seguito di infortunio sul lavoro o malattia professionale. Scrivetelo in stampatello o a macchina. Il modulo può essere compilato anche online sul sito www.wcb.ny.gov.

Numero di pratica della Commissione (se lo conoscete): _____

A. LE VOSTRE INFORMAZIONI (Dipendente)

1. Nome: _____
Nome Secondo 2. Data di nascita: ____/____/____
Cognome
2. Indirizzo postale: _____
Numero civico e via/Casella postale/Numero appartamento Città Stato CAP
4. Numero di previdenza sociale: _____ 5. Numero di telefono: (____) _____ 6. Genere: M F X
7. Avrete bisogno di un traduttore se devi partecipare a un'udienza della Commissione? Sì No Se sì, per quale lingua? _____

B. IL (I) VOSTRO (I)/DATORE (I) DI LAVORO

1. Datore di lavoro in caso di infortunio: _____ 2. Numero di telefono: (____) _____
3. Your work address: _____
Numero e via Città Stato CAP
4. Date you were hired: ____ / ____ / ____ 5. Il nome del vostro supervisore: _____
6. Elencate i nomi/indirizzi di eventuali altri datori di lavoro al momento dell'infortunio/malattia: _____
7. Avete perso del tempo di lavoro presso l'altro/gli altri impiego/impeghi a causa del vostro infortunio/malattia? Sì No

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

1. Qual era il vostro titolo professionale o la descrizione del vostro lavoro? _____
2. Che tipo di attività svolgevate normalmente al lavoro? _____
3. Era il vostro lavoro? (selezionate una risposta) Tempo pieno Tempo parziale Stagionale Volontario Altro: _____
4. Qual era la tua retribuzione lorda (al lordo delle imposte) per ogni periodo di pagamento? _____ 5. Con quale frequenza siete stato pagato? _____
6. Avete ricevuto alloggio o mance oltre alla vostra retribuzione? Sì No Se sì, descrivete: _____

D. IL VOSTRO INFORTUNIO O LA VOSTRA MALATTIA

1. Data dell'infortunio o data di inizio della malattia: ____/____/____/ 2. Ora dell'infortunio Mattina Pomeriggio
3. Dove si è verificato l'infortunio/la malattia? (ad esempio, 1 Main Street, Pottersville, davanti alla porta d'ingresso) _____
4. Era questo il vostro luogo di lavoro abituale? Sì No Se no, perché vi trovavate in quel luogo? _____
5. Cosa stavate facendo quando vi siete infortunati o ammalati? (ad esempio, scaricare un camion, scrivere un rapporto) _____
6. Come si è verificato l'infortunio/la malattia? (ad esempio, sono inciampato in un tubo e sono caduto a terra) _____
7. Spiegate in modo esauriente la natura di questo infortunio/malattia; elencare le parti del corpo interessate (ad esempio, distorsione alla caviglia sinistra e taglio alla fronte): _____



VOSTRO NOME: _____ DATA DELL'INFORTUNIO/MALATTIA: ____/____/____
Nome Secondo Cognome

D. IL VOSTRO INFORTUNIO O MALATTIA (continua)

8. È stato coinvolto un oggetto (ad esempio, carrello elevatore, martello, acido) nell'incidento/malattia? Sì No Se sì, cosa? _____

9. L'incidento era stato causato dall'uso o dalla guida di un veicolo a motore con targa? Sì No

Se sì, il vostro veicolo il veicolo del datore di lavoro altro veicolo Numero di targa (se noto): _____

Se il vostro veicolo è stato coinvolto, indicate il nome e quello della vostra compagnia assicurativa per veicoli a motore: _____

10. Avete informato il vostro datore di lavoro (o supervisore) dell'incidento/malattia? Sì No

Se sì, la notifica è stata trasmessa per via orale per iscritto Data di notifica: ____/____/____

11. Qualcuno ha visto quando era successo il vostro incidente? Sì No Sconosciuto Se sì, elencate i nomi: _____

E. RITORNO AL LAVORO

1. Avete smesso di lavorare a causa del tuo incidente/malattia? Sì, in quale data?? ____/____/____ No, passate alla sezione F

2. Siete tornato al lavoro? Sì No Se sì, in quale data? ____/____/____ servizio regolare servizio limitato

3. Se siete tornato al lavoro, per chi lavorate adesso? Stesso datore di lavoro Nuovo datore di lavoro Lavoratore autonomo

4. Qual è la tua retribuzione lorda (al lordo delle imposte) per ogni periodo di paga?

F. TRATTAMENTO MEDICO PER QUESTO INFORTUNIO O MALATTIA

1. Qual era stata la data del tuo primo trattamento? ____/____/____ nessuno ricevuto (passate alla sezione F)

2. Lei è stato curato sul posto? Sì No

3. Dove hai ricevuto il tuo primo trattamento medico esterno per il tuo incidente/malattia? nessuno ricevuto Primo soccorso
 Studio medico Clinica/Ospedale/Pronto Soccorso Ricovero ospedaliero superiore a 24 ore

Nome e indirizzo del primo trattamento: _____

Numero di telefono: { ____ } _____

4. Siete ancora in cura per questo incidente/malattia? Sì No

Fornite il nome e l'indirizzo del (dei) medico (i) che vi hanno curato per questo incidente/malattia: _____

Numero di telefono: (____) _____

5. Avete avuto un altro incidente alla stessa parte del corpo o una malattia simile? Sì No

Se sì, siete stato curato da un medico? Sì No Se sì, fornite i nomi e gli indirizzi dei medici che vi hanno curato e **COMPILATE E PRESENTATE IL MODULO C-3.3 INSIEME AL PRESENTE MODULO:**

6. Il precedente incidente/malattia era correlato al lavoro? Sì No

Se sì, stavate lavorando per lo stesso datore di lavoro per chi lavorate adesso? _____

Con la presente richiedo i benefici previsti dalla legge sull'indennizzo dei lavoratori. Con la mia firma confermo che le informazioni fornite sono veritiere e accurate al meglio delle mie conoscenze e convinzioni

Chiunque, consapevolmente e con L'INTENTO DI FRODARE, presenti, faccia presentare o prepari con la consapevolezza o la convinzione che sarà presentato a, o da un assicuratore o un autoassicuratore, qualsiasi informazione contenente DICHIARAZIONI FALSE E RILEVANTI o nasconda fatti rilevanti, SARÀ RITENUTO COLPEVOLE DI UN REATO e soggetto a MULTE E RECLUSIONE.

Firma del dipendente: _____ Stampate Nome: _____ Data: ____/____/____

Per conto del dipendente: _____ Stampate Nome: _____ Data: ____/____/____

Un individuo può firmare per conto di un dipendente solo se è legalmente autorizzato a farlo e il dipendente è minorenne, mentalmente incompetente o incapace.

Certifico, al meglio delle mie conoscenze, informazioni e convinzioni, formate a seguito di un'indagine ragionevole date le circostanze, che le accuse e altre questioni di fatto asserite di cui sopra hanno supporto probatorio o è probabile che abbiano supporto probatorio dopo una ragionevole opportunità di ulteriori indagini o scoperte.

Firma dell'avvocato/rappresentante (se presente): _____ Data: ____/____/____

Stampate Nome: _____ Titolo: _____

Numero di identificazione, se presente: R ____ Se rappresentante autorizzato, numero di licenza: _____ Data di scadenza: ____/____/____

Istruzioni per la compilazione della richiesta di risarcimento del dipendente (modulo C-3)

Si prega di compilare il presente modulo e inviarlo all'indirizzo postale centralizzato della Commissione per gli infortuni sul lavoro) riportato alla fine delle presenti istruzioni. Se avete bisogno di ulteriore assistenza per la compilazione del modulo, contattate la Commissione per gli infortuni sul lavoro al numero **1-877-632-4996**. È anche possibile compilare questo modulo online all'indirizzo **wcb.ny.gov**. Se non si dispone o non si conosce il numero di pratica della Commissione per gli infortuni sul lavoro, lasciare questo campo vuoto. Non è necessario per elaborare la richiesta di risarcimento. Ricordate di inserire il proprio nome e la data dell'infortunio/malattia nella parte superiore della seconda pagina

Sezione A - Le tue informazioni (dipendente):

Nella sezione A, inserite il vostro nome, indirizzo e altre informazioni richieste.

Nota relativa al punto 7: le udienze della commissione si svolgono in lingua inglese. Se avete bisogno di un traduttore, selezionate Sì e indicate la lingua richiesta.

Notifica ai sensi della legge sulla protezione della privacy personale dello Stato di New York (Legge sui funzionari pubblici, articolo 6-A) e della legge federale sulla privacy del 1974 (5 U.S.C. § 552a).

L'autorità della Commissione per gli infortuni sul lavoro di richiedere ai ricorrenti di fornire informazioni personali, compreso il numero di previdenza sociale, deriva dall'autorità investigativa della Commissione ai sensi della Legge sugli infortuni sul lavoro (WCL) § 20 e dalla sua autorità amministrativa ai sensi della WCL § 142. Queste informazioni vengono raccolte per aiutare la Commissione a indagare e gestire le richieste di risarcimento nel modo più rapido possibile e per aiutarlo a mantenere registri accurati delle richieste. La comunicazione del numero di previdenza sociale alla Commissione è volontaria. Non è prevista alcuna sanzione per la mancata comunicazione del proprio numero di previdenza sociale nel presente modulo; ciò non comporterà il rifiuto della richiesta di indennizzo né una riduzione delle prestazioni. La Commissione tutelerà la riservatezza di tutte le informazioni personali in suo possesso, divulgandole solo nell'esercizio delle sue funzioni ufficiali e in conformità con le leggi statali e federali applicabili.

Sezione B - Il (i) vostro (i) datore (i) di lavoro:

Nella Sezione B, inserite il nome, l'indirizzo, il numero di telefono e altre informazioni del datore di lavoro per cui lavoravi al momento dell'infortunio/malattia.

Nota: il tuo datore di lavoro è l'azienda o l'agenzia che emette la tua busta paga. Se lavori come appaltatore presso un cantiere o un ufficio, l'agenzia per il lavoro o il fornitore che ti ha assunto è il tuo datore di lavoro, non il cantiere o l'ufficio in cui ti presenti al lavoro.

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

Nella Sezione C, inserite la vostra qualifica professionale, le attività lavorative e le informazioni sulla retribuzione.

Sezione D - Il vostro infortunio o la vostra malattia:

Nella sezione D, inserite le informazioni relative al tuo infortunio o alla tua malattia.

Punto 1: Inserite la data dell'infortunio o la prima data in cui avete notato di esservi ammalato.

Se si tratta di una malattia o di una malattia professionale, saltate il punto 2. La data dell'infortunio deve essere nel formato mese/giorno/anno. L'anno deve essere scritto con quattro cifre, ad esempio 2015.

Punto 2: Inserite l'ora in cui si è verificato l'infortunio. Selezionate mattina o pomeriggio.

Punto 3: Indicate il luogo in cui si è verificato l'infortunio/la malattia, incluso l'indirizzo dell'edificio e la posizione fisica all'interno dell'edificio in cui si è verificato l'infortunio/la malattia.

Punto 4: Selezionate se questo era il vostro luogo di lavoro abituale. In caso contrario, spiegate perché vi trovavate in questo luogo.

Punto 5: Descrivete dettagliatamente cosa stavate facendo al momento dell'infortunio/la malattia (ad esempio, scaricare a mano delle scatole da un camion). Questo spiega gli eventi che hanno portato all'infortunio.

Punto 6: Descrivete in dettaglio come si è verificato l'infortunio/la malattia (ad esempio, stavo sollevando una scatola pesante da un camion). Questo dovrebbe includere tutte le persone e gli eventi coinvolti nell'infortunio/malattia.

Punto 7: Indicate in modo completo la natura e l'entità del suo infortunio/malattia, incluse tutte le parti del corpo lese. State il più specifici possibile (ad esempio, mi sono stirato la schiena cercando di sollevare una scatola pesante. Ora mi fa male chinarmi o tenere anche oggetti più leggeri).

Punto 8: Indicate se nell'incidente è stato coinvolto un oggetto diverso da un veicolo a motore con targa. Altri oggetti possono includere un attrezzo (ad esempio, un martello), una sostanza chimica (ad esempio, un acido), un macchinario (ad esempio, un carrello elevatore o un trapano a colonna), ecc.

Punto 9: Indicate se nell'incidente è stato coinvolto un veicolo a motore con targa. In tal caso, verificate se il veicolo coinvolto era vostro, del vostro datore di lavoro o di terzi. Include il numero di targa (se noto). Se il vostro veicolo è stato coinvolto, inserite il nome e l'indirizzo della vostra compagnia assicurativa di responsabilità civile automobilistica.

Punto 10: Indicate se avete informato il vostro datore di lavoro o il vostro supervisore del vostro infortunio o malattia. In tal caso, indicate a chi avete informato e se l'informazione è stata data oralmente o per iscritto. Include la data in cui avete dato la notifica.

Punto 11: Controllate se qualcun altro ha visto l'infortunio. Se qualcuno l'aveva visto, includete il suo nome/i suoi nomi.

Sezione E – Ritorno al lavoro:

Punto 1: Se avete smesso di lavorare a causa di un infortunio/malattia professionale, selezionate Sì e indicate la data in cui avete smesso di lavorare. Se non avete smesso di lavorare, seleziona No e passate alla sezione successiva.

Punto 2: Se nel frattempo siete tornato al lavoro, seleziona Sì. Indicate anche la data in cui hai ripreso a lavorare e se sei tornato alle vostre normali mansioni o se siete in servizio limitato o limitato. (Se non siete tornato alle tue mansioni complete prima dell'infortunio o della malattia, siete in servizio limitato.)

Punto 3: Se siete tornato al lavoro, indicate per chi lavorate ora.

Punto 4: Inserite la vostra retribuzione lorda (prima delle imposte) per periodo di paga per il lavoro che state svolgendo attualmente. Indicate la frequenza con cui ricevete lo stipendio (settimanale, quindicinale, ecc.)

Sezione F - Cure mediche per questo infortunio o malattia:

Punto 1: Se non avete ricevuto cure mediche per questo infortunio/malattia, selezionate "Nessuna Ricevuta" e passate al punto 5. In caso contrario, inserite la data del primo trattamento per questo infortunio/malattia e completate il resto di questa sezione.

Punto 2: Selezionate se siete stato curato per la prima volta sul lavoro per questo infortunio o malattia.

Punto 3: Selezionate il luogo in cui avete ricevuto per la prima volta cure mediche esterne per il vostro infortunio o malattia. Includete il nome e l'indirizzo della struttura, nonché il numero di telefono (compreso il prefisso).

Punto 4: Se state ancora ricevendo cure in corso per lo stesso infortunio o malattia, selezionate "Sì" e indicate il nome e l'indirizzo del/i medico/i che vi hanno fornito le cure, nonché il numero di telefono (compreso il prefisso); in caso contrario, selezionate "No".

Punto 5: Se avete già avuto un infortunio alla stessa parte del corpo o una malattia simile, selezionate "Sì" e indicate se siete stato curato da un medico per questo infortunio o malattia. Se siete stato curato da un medico, indicate il/i nome/i e l'indirizzo/i del/i medico/i che vi ha/hanno prestato assistenza e **compilate e archiviate il Modulo C-3.3 insieme a questo modulo.**

Punto 6: Se avete avuto un precedente infortunio o malattia, verificate se l'infortunio o la malattia erano correlati al lavoro. In caso affermativo, verificate se l'infortunio o la malattia si sono verificati mentre lavoravi per il vostro attuale datore di lavoro.

Firmate il Modulo C-3 nello spazio previsto per la Firma del Dipendente a pagina 2, scrivete il proprio nome in stampatello e inserite la data di firma. Se una terza parte firma per conto del dipendente, tale persona deve firmare sulla seconda riga della firma. Se si dispone di un rappresentante legale, il rappresentante deve compilare e firmare la sezione relativa alla certificazione dell'avvocato/rappresentante in fondo a pagina 2.

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

1. Informate immediatamente il datore di lavoro o il supervisore quando, dove e come si è verificato l'infortunio.
2. Ottenete immediatamente assistenza medica.
3. Informate il medico di presentare i referti medici alla Commissione e al datore di lavoro o alla sua compagnia assicurativa.
4. Compilate questa richiesta di risarcimento e inviarla all'ufficio più vicino della Commissione per gli infortuni sul lavoro. (Vedete sotto). La mancata presentazione entro due anni dalla data dell'infortunio potrebbe comportare il rifiuto della richiesta. Se avete bisogno di aiuto per compilare questo modulo, telefonate o recatevi presso l'ufficio più vicino della Commissione per gli infortuni sul lavoro elencato di seguito.
5. Partecipate a tutte le udienze quando si riceve la notifica di comparizione.
6. Tornate al lavoro il prima possibile; il risarcimento non è mai pari al proprio stipendio.

I vostri diritti:

1. In generale, avete diritto a essere curati da un medico di vostra scelta, purché sia autorizzato dalla Commissione. Se il vostro datore di lavoro aderisce a un accordo con un'organizzazione di fornitori preferenziali (PPO), dovete ricevere le cure iniziali dall'organizzazione di fornitori preferenziali designata per fornire servizi sanitari per gli infortuni sul lavoro.
2. NON pagate il medico o l'ospedale. Le loro fatture saranno pagate dalla compagnia di assicurazione se il tuo caso non è contestato. Se il tuo caso è contestato, il medico o l'ospedale devono attendere il pagamento fino a quando la Commissione non avrà deciso in merito al tuo caso. Nel caso in cui non riesci a portare avanti il tuo caso o la Commissione decide contro di te, dovrai pagare il medico o l'ospedale.
3. Avete anche diritto al rimborso delle spese per farmaci, stampelle o qualsiasi altro dispositivo prescritto dal tuo medico, nonché delle spese di trasporto o altre spese necessarie per recarti presso lo studio del medico o l'ospedale. (Conserva le ricevute di tali spese).
4. Avete diritto a un risarcimento se l'infortunio vi impedisce di lavorare per più di sette giorni, ti costringe a lavorare con una retribuzione inferiore o provoca una disabilità permanente a qualsiasi parte del tuo corpo.
5. Il risarcimento è pagabile direttamente e senza attendere una sentenza, salvo nei casi in cui la richiesta sia contestata.
6. I lavoratori infortunati o i familiari a carico dei lavoratori deceduti possono rappresentarsi personalmente dinanzi alla Commissione o possono incaricare un avvocato o un rappresentante autorizzato che li rappresenti. Se viene incaricato un avvocato o un rappresentante autorizzato, il loro onorario per i servizi legali sarà esaminato dalla Commissione e, se approvato, sarà pagato dal datore di lavoro o dalla compagnia di assicurazione attingendo dai benefici di risarcimento dovuti. I lavoratori infortunati o i familiari a carico dei lavoratori deceduti non devono pagare direttamente alcun importo all'avvocato o al rappresentante autorizzato che li rappresenta in una causa di risarcimento.
7. Se avete bisogno di aiuto per tornare al lavoro o per problemi familiari o finanziari a causa del vostro infortunio, contattate l'ufficio della Commissione per il risarcimento dei lavoratori più vicino a voi e chiedete di parlare con un consulente per la riabilitazione o un assistente sociale.

Il presente modulo deve essere inviato direttamente all'indirizzo indicato di seguito:

Commissione per gli infortuni sul lavoro dello Stato di New York

Ufficio postale centralizzato

Casella postale 5205

Binghamton, NY 13902-5205

Numero verde del servizio clienti: 877-632-4996

Liberatoria limitata di informazioni sanitarie (HIPAA)

Commissione per gli infortuni sul lavoro – Stato di New York

Numero di pratica della Commissione (se lo conoscete): _____

Al **ricorrente**: Se avete ricevuto cure per un precedente infortunio alla stessa parte del corpo o per una malattia simile a quella descritta nella vostra attuale richiesta di risarcimento, compilate questo modulo. Questo modulo consente agli operatori sanitari che elencate di seguito di divulgare le informazioni sanitarie relative alla vostra precedente lesione/malattia all'assicuratore del vostro datore di lavoro per l'indennizzo dei lavoratori. La legge federale sulla portabilità e responsabilità dell'assicurazione sanitaria del 1996 (HIPM) (Health Insurance Portability and Accountability Act del 1996) stabilisce che avete il diritto di ottenere una copia di questo modulo. Se non comprendete questo modulo, rivolgetevi al vostro rappresentante legale. Se non avete un rappresentante legale, il Difensore dei lavoratori infortunati (Advocate for Injured Workers) presso la Commissione per gli infortuni sul lavoro (Workers' Compensation Board) può aiutarvi. Chiamate il numero: 800-580-6665.

Questa liberatoria è:

- **Volontaria.** Il/ vostro (i) / fornitore (i) di assistenza sanitaria deve/devono fornirvi le stesse cure, le stesse condizioni di pagamento e gli stessi benefici, indipendentemente dal fatto che tu firmi o meno questo modulo.
- **Limitata.** Concede al/ai vostro/i fornitore/i di assistenza sanitaria l'autorizzazione a rilasciare solo la documentazione sanitaria relativa alla precedente malattia/condizione descritta di seguito.
- **Temporanea.** Termina quando la tua attuale richiesta di risarcimento viene accolta o respinta e tutti i ricorsi sono esauriti.
- **Revocabile.** Puoi annullare questa liberatoria in qualsiasi momento. Per annullare, invia una lettera al/ai fornitore/i di assistenza sanitaria indicato/i in questo modulo. Inviare inoltre una copia della vostra lettera all'assicuratore per gli infortuni sul lavoro del vostro datore di lavoro e alla Commissione per gli infortuni sul lavoro. **Nota:** non potete annullare questa liberatoria per quanto riguarda le cartelle cliniche già fornite.
- **Solo per i documenti.** Concede al/ai vostro/i fornitore/i di assistenza sanitaria indicato/i in questo modulo l'autorizzazione a inviare copie della vostra documentazione sanitaria all'assicuratore per gli infortuni sul lavoro del tuo datore di lavoro.

Questo modulo NON consente al (i) vostro (i) fornitore (i) di assistenza sanitaria di divulgare i seguenti tipi di informazioni

- **Informazioni relative all'HIV**
- **Appunti di psicoterapia**
- **Trattamenti per alcolismo/tossicodipendenza**
- **Trattamenti per la salute mentale** (a meno che non selezionati l'opzione sottostante)
- **Informazioni verbali** (i vostri fornitori di assistenza sanitaria non possono discutere le vostre informazioni sanitarie con nessuno)

Al **fornitore di assistenza sanitaria**: Una **copia** di questa liberatoria conforme all'HIPAA consente di divulgare informazioni sanitarie. Se inviate i documenti all'assicuratore per infortunio sul lavoro del datore di lavoro in risposta alla presente autorizzazione, inviate anche una copia al rappresentante legale del richiedente. (Se non è indicato alcun rappresentante legale, inviate una copia al richiedente). Gli operatori sanitari che rilasciano i documenti devono attenersi alla legge dello Stato di New York e all'HIPM.

A Tutte le cartelle cliniche rilasciate entreranno a far parte del fascicolo relativo al risarcimento dei lavoratori e saranno trattate in modo riservato ai sensi della legge sul risarcimento dei lavoratori.

LE VOSTRE INFORMAZIONI (ricorrente)

1. Nome: _____
2. Numero di previdenza sociale _____
3. Indirizzo postale: _____
4. Data di nascita: ____/____/____
5. Data dell'infortunio/malattia attuale: _____
6. Infortunio/malattia attuale, comprese tutte le parti del corpo infortunate: _____
7. Nome e indirizzo del vostro rappresentante legale (se presente): _____

Selezionate questa casella se autorizzate il vostro medico curante a divulgare informazioni relative alla vostra **salute mentale**.

B. IL (I) VOSTRO (I) FORNITORE (I) DI ASSISTENZA SANITARIA (Elenca tutti i fornitori di assistenza sanitaria che vi hanno curato per un precedente infortunio alla stessa parte del corpo o per una malattia simile. Se sono più di 2, allegare i loro recapiti 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 QUI SOTTO. Con la presente richiedo che i fornitori di assistenza sanitaria sopra elencati forniscano all'assicuratore per gli infortuni sul lavoro del mio datore di lavoro copie di tutte le cartelle cliniche relative a qualsiasi infortunio/malattia precedente, riguardanti tutte le parti del corpo sopra descritte.

Firma del ricorrente (solo inchiostro - utilizzare una penna a sfera blu, se possibile.)

Data

Se il ricorrente non è in grado di firmare, la persona che firma per suo conto deve compilare e firmare qui sotto:

Vostro nome

Relazione con il ricorrente

Firma (solo inchiostro - utilizzare una penna a sfera blu, se possibile)

Data

Stato di New York
COMMISSIONE PER GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Notifica del diritto di scegliere un fornitore di assistenza sanitaria
autorizzato dalla Commissione per gli infortuni sul lavoro

Nome del dipendente infortunato	Numero di previdenza sociale del dipendente infortunato	Data del infortunio
Nome e indirizzo del datore di lavoro		

Al dipendente infortunato:

Per il trattamento di infortuni o malattie legati al lavoro, è possibile scegliere qualsiasi medico, podologo, chiropratico o psicologo (previa prescrizione di un medico autorizzato) che sia autorizzato dalla Commissione per il risarcimento dei lavoratori e che accetti pazienti con infortuni sul lavoro.

Sebbene voi possiate scegliere di utilizzare una rete o un fornitore raccomandato dal vostro datore di lavoro o dalla sua compagnia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, oppure consentire al vostro datore di lavoro di selezionare un fornitore per vostro conto, potete, in qualsiasi momento, cambiare il vostro fornitore di assistenza sanitaria senza compromettere la vostra richiesta di indennizzo per infortunio sul lavoro.

Si prega di notare: Non è necessario firmare il presente modulo di consenso se il vostro datore di lavoro (i) partecipa a un'organizzazione di fornitori preferenziali certificata (PPO) ai sensi dell'articolo 10-A della legge sull'indennizzo dei lavoratori, oppure (ii) partecipa al programma pilota di risoluzione alternativa delle controversie (ADR) ai sensi della sezione 25(2-c) della legge sull'indennizzo dei lavoratori. In conformità con questi programmi statuari, salvo in situazioni di emergenza, è necessario ottenere almeno il trattamento iniziale per qualsiasi infortunio o malattia sul lavoro dalla rete o dai fornitori certificati designati dal proprio datore di lavoro.

Firma del dipendente infortunato

Data

Firma del testimone

Data

Al datore di lavoro:

Il datore di lavoro fornirà al suddetto dipendente infortunato una copia del presente modulo firmato e conserverà l'originale nei propri archivi, dove potrà essere consultato in qualsiasi momento dalla Commissione per l'indennizzo degli infortuni sul lavoro. Il presente modulo non dovrà essere presentato alla Commissione per l'indennizzo degli infortuni sul lavoro né dovrà essere compilato prima che si verifichi l'infortunio o la malattia professionale del dipendente.

La Commissione per gli infortuni sul lavoro assume e assiste le persone con disabilità senza alcuna discriminazione.



NOTIFICA RELATIVA ALLE INDENNITÀ DI INFORTUNIO SUL LAVORO PER LE SPESE FARMACEUTICHE

Si prega di leggere attentamente il presente avviso. Esso fornisce informazioni importanti su come ottenere farmaci nell'ambito di una richiesta di indennizzo per infortunio sul lavoro presso il Fondo assicurativo dello Stato di New York (New York State Insurance Fund) (NYSIF).

NYSIF ha stipulato un accordo con CVS Caremark, un Pharmacy Benefits Manager (PBM), che dispone di una rete di farmacie per rendere disponibili i farmaci che i lavoratori possono ricevere per **infortuni o malattie legati al lavoro**. Ciò non modifica il vostro diritto di ottenere i farmaci necessari per curare tali malattie o infortuni. Significate solo che dovete ottenere tali farmaci da una farmacia aderente alla rete di farmacie CareComp gestita da CVS Caremark. Questa rete non è limitata alle farmacie CVS, ma comprende oltre 67.000 farmacie aderenti. È possibile ottenere l'elenco delle farmacie e i loro indirizzi:

- chiamando il centro assistenza CVS Caremark al numero **(866) 493-1640**, oppure il numero TDD per i non udenti al numero **(866) 200-2161**
- utilizzando il sito web <https://nysif.wcrxportal.com/Pharmacy/Index>
- utilizzando il sito web NYSIF nysif.com/networkbenefits

Se state ottenendo i vostri farmaci tramite una richiesta di indennizzo per infortunio sul lavoro, **dovete** acquistarli presso una di queste farmacie, a meno che:

- Avete un'emergenza medica e non è ragionevolmente possibile acquistare i farmaci necessari per tale emergenza presso una farmacia della rete, oppure
- Non è possibile effettuare ordini per posta o per telefono nella rete, nessuna farmacia della rete effettua consegne a domicilio e nessuna di queste farmacie si trova entro un raggio di 15 miglia se vivete in una zona rurale, o cinque miglia se non vivete in una zona rurale. Se ritieni che questo sia il tuo caso, chiama uno dei numeri riportati in fondo a questa pagina.

Si prega di notare che CVS Caremark offre servizi di vendita per corrispondenza, via Internet e telefonici. È possibile ottenere istruzioni chiamando il Centro assistenza CVS Caremark al numero (866) 493-1640.

Tutte le farmacie della rete sono tenute a mantenere una scorta sufficiente di farmaci a disposizione, in modo da potervi servire senza indebiti ritardi.

Tutte le farmacie presenti nei negozi devono essere aperte durante gli orari tipici della vostra comunità.

Le farmacie appartenenti alla rete CareComp fattureranno direttamente al NYSIF. **Non dovrete sostenere alcuna spesa per i farmaci.**

È possibile ottenere ulteriori informazioni sulla rete di farmacie CareComp chiamando il numero verde attivo 24 ore su 24: (866) 493-1640.

In caso di domande o problemi, si prega di contattare NYSIF al numero (888) 875-5790. È inoltre possibile contattare la Commissione per il risarcimento dei lavoratori dello Stato di New York all'indirizzo general_information@wcb.ny.gov o (877) 632-4996, oppure l'Avvocato per i lavoratori infortunati al numero (800) 580-6665. È inoltre possibile trovare ulteriori informazioni visitando il sito www.wcb.ny.gov.

TITOLARE DELLA POLIZZA - SI PREGA DI AFFISSATELO IN MODO BEN VISIBILE

Servizi di prescrizione temporanea per il risarcimento dei lavoratori
Informazioni importanti sull'ID

ATTENZIONE LAVORATORE INFORTUNATO

Questo modulo di identificazione per i servizi di prescrizione temporanea nell'ambito di risarcimento per infortuni sul lavoro DEVE ESSERE PRESENTATO al farmacista al momento del ritiro della prescrizione iniziale. In caso di domande o per individuare una farmacia convenzionata, contattate il servizio clienti CVS Caremark al numero 1-866-493-1640.

Farmacista/Datore di lavoro - Una volta compilato il modulo, si prega di inviarlo via fax a CVS Caremark: 1-866-493-1644

Le informazioni relative al ricorrente saranno aggiunte da CVS Caremark per consentire l'elaborazione dei farmaci. Queste informazioni possono anche essere comunicate telefonicamente chiamando il numero 1-866-493-1640.

<p>Fondo assicurativo dello Stato di New York</p> <p align="center">Attenzione: tutti i campi sottostanti devono essere compilati.</p> <p>NOME DEL DATORE DI LAVORO</p> <p>_____</p> <p>NUMERO DELLA POLIZZA NYSIF ASSICURATIVA PER INFORTUNI SUL LAVORO DEL DATORE DI LAVORO :</p> <p>_____</p> <p>DATA DELL'INFORTUNIO: _ / _ / ____ (MM/GG/AAAA)</p> <p>DATA DI NASCITA DEL LAVORATORE INFORTUNATO:</p> <p> _ _ / _ _ / _____ (MM/DD/YYYY)</p> <p>NUMERO DI PREVIDENZA SOCIALE DEL LAVORATORE INFORTUNATO:</p> <p>_____</p>	<p>Gruppo n.: NYSIF</p> <p>NOME DEL LAVORATORE INFORTUNATO :</p> <p>_____</p> <table border="0"> <tr> <td style="width: 33%;">NOME</td> <td style="width: 33%;">SEC. NOME</td> <td style="width: 33%;">COGNOME</td> </tr> </table> <p>INDIRIZZO POSTALE DEL LAVORATORE INFORTUNATO:</p> <p>_____</p> <p>VIA</p> <p>_____</p> <p>CITTÀ, STATO CAP</p> <p>_____</p> <p><i>Servizio clienti: Questo è un programma POS esclusivamente tramite CVS Caremark. Per assistenza, chiamare l'Help Desk CVS Caremark al numero 866.493.1640</i></p>	NOME	SEC. NOME	COGNOME
NOME	SEC. NOME	COGNOME		

Attenzione farmacista:

Il programma di prescrizione medica del NYSIF è gestito da CVS Caremark. Si prega di seguire la procedura indicata di seguito per presentare la richiesta di rimborso. Questi passaggi sono necessari per presentare una prescrizione medica per i richiedenti del NYSIF.

Passo 1	Inserite il numero di contenitore 610235
Passo 2	Inserite PCN: WRK
Passo 3	ID: Numero di previdenza sociale del lavoratore infortunato

AVETE BISOGNO DI ASSISTENZA?

Farmacista, se avete domande durante l'elaborazione della richiesta di risarcimento, chiamate il Servizio Clienti CVS Caremark al numero 1-866-493-1640.

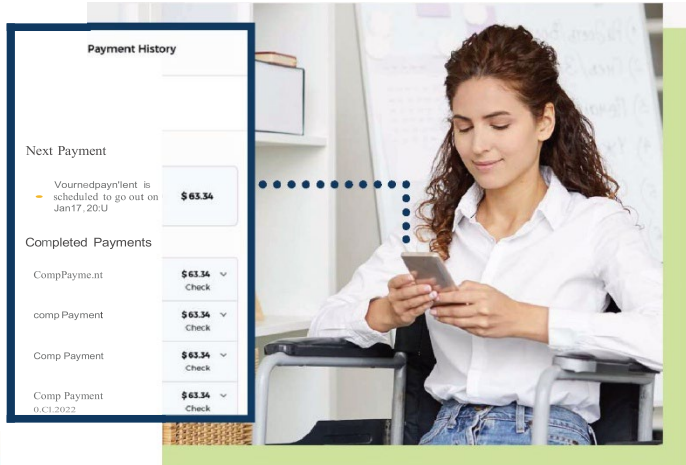


App mobile per richieste di risarcimento



Volete verificare lo stato del pagamento delle vostre indennità o della vostra richiesta di indennizzo per infortunio sul lavoro? NYSIF ha un'app apposita! Con l'app NYSIF Claim Mobile potete accedere facilmente alle informazioni in tempo reale relative alla vostra richiesta, tra cui:

- Stato di controllo e pagamento
- Informazioni di contatto del Case Manager
- Stato del reclamo
- Prossime udienze ed esami medici



MIGLIORE COMUNICAZIONE, TRASPARENZA E COINVOLGIMENTO

Con l'app mobile NYSIF per il risarcimento, puoi completare facilmente queste operazioni amministrative:

- Individuate il numero di richiesta di risarcimento
- Visualizzate la cronologia dei pagamenti
- Collegate ulteriori richieste di risarcimento NYSIF al vostro conto
- Ricevete le notifiche
- Accedete alla vostra tessera Rx
- Inviare un'e-mail al vostro responsabile del caso
- Registrarsi per il deposito diretto

SCANSIONATE QUI



Scarica oggi stesso l'app NYSIF mobile di risarcimento!

Scopri di più su nysif.co



Programma di gestione dei reclami infermieristici



Per assistervi durante il processo di recupero, un infermiere del NYSIF potrebbe contattarvi telefonicamente.

Durante questa chiamata, un infermiere del NYSIF potrà fornirvi alcune informazioni relative all'ottenimento delle cure di cui avete bisogno e aiutarvi a identificare le risorse a vostra disposizione in qualità di dipendente infortunato. L'infermiere del NYSIF potrà anche spiegarvi i vantaggi dell'utilizzo dell'app NYSIF Richiesta mobile (mobile NYSIF Claim) per accedere alle informazioni relative alla vostra richiesta di indennizzo per infortunio sul lavoro e rispondere a qualsiasi domanda.



La vostra salute e il vostro recupero sono la nostra priorità assoluta e non vediamo l'ora di parlare con voi.

Ottenete il pagamento del risarcimento per infortuni sul lavoro tramite deposito diretto



Deposito diretto

Fondo assicurativo dello Stato di New York

NYSIF offre il servizio del deposito diretto per consentire ai richiedenti di ricevere le indennità di infortunio sul lavoro. In collaborazione con il vostro istituto finanziario, NYSIF può accreditare le indennità direttamente sul vostro conto bancario. Potete anche scegliere di distribuire i pagamenti su due conti bancari (in base a una percentuale).

REQUISITI PER IL TIPO DI CONTO

È necessario versare il proprio pagamento su un **conto corrente** o un **conto di risparmio**. Compilate tutte le informazioni sul modulo di deposito diretto, compreso il codice di identificazione della banca e il numero di conto (vedere illustrazione). Contattate la vostra banca se avete bisogno di assistenza

CANCELLAZIONE

Il presente accordo rimane in vigore fino alla sua cancellazione. Per cancellare il contratto, visitare il sito **nysif.com**, registrarsi come richiedente e selezionare l'opzione "annulla iscrizione al deposito diretto". Inoltre, è possibile annullare l'accordo contattando il proprio case manager NYSIF all'indirizzo nysif.com utilizzando i nostri collegamenti rapidi per "Ottenere assistenza per le richieste di risarcimento". Il presente accordo può essere annullato anche da NYSIF o dal proprio istituto finanziario. In entrambi i casi, riceverete i successivi assegni per posta. L'elaborazione dell'annullamento può richiedere fino a tre settimane.

MODIFICHE AL VOSTRO CONTO

È **responsabilità dell'utente** comunicare al NYSIF eventuali modifiche alle proprie coordinate bancarie (cambio di numero di conto, istituto finanziario, ecc.). È necessario inviare una nuova richiesta di accredito diretto al NYSIF, disponibile sul sito **nysif.com**.

Se cambiate conto o istituto finanziario, è necessario mantenere il vostro vecchio conto fino a quando il vostro nuovo conto non riceverà il vostro prossimo pagamento tramite deposito diretto. Se il vecchio conto non viene mantenuto, potrebbe verificarsi un ritardo nel pagamento fino a quando la vostra nuova autorizzazione al deposito diretto non avrà effetto.

VERIFICA PERIODICA

NYSIF potrebbe contattarvi periodicamente per verificare le informazioni relative al vostro conto corrente bancario. Se il beneficiario non è più in vita, informate immediatamente NYSIF.

Per ricevere il versamento diretto delle prestazioni, compilate il presente modulo in tutte le sue parti e rispeditelo all'indirizzo riportato di seguito. Per ulteriori informazioni sui vostri diritti in materia di versamento diretto, visitate il sito nysif.com/directdeposit. Per iscriversi al servizio di deposito diretto è necessario compilare tutti i campi.

NOME (NOME, SECONDO, COGNOME): _____	NUMERO DI RICHIESTA DI RISARCIMENTO PER LA COMMISSIONE PER GLI INFORTUNI SUL LAVORO DEL NYSIF:
INDIRIZZO DI RESIDENZA (NON UTILIZZATE CASELLE POSTALI): _____	
CITTÀ: _____ STATO: _____ CAP: _____	
INDIRIZZO E-MAIL: _____ TELEFONO: _____	
<p>Inserite tutte le informazioni, tra cui il numero del vostro conto e il codice di avviamento bancario. Contattate il vostro istituto finanziario se avete bisogno di assistenza per completare questa sezione. Facoltativo: se desiderate dividere i vostri pagamenti tra due conti bancari, completate entrambi i set di campi relativi alla banca. La percentuale di distribuzione deve essere pari al 100% (ad esempio, 75% nel conto n.1 e 25% nel conto n. 2). Se in qualsiasi momento il vostro conto bancario non dovesse essere disponibile, l'importo da pagare vi verrà inviato tramite assegno cartaceo.</p>	
CONTO DI DEPOSITO DIRETTO N.1 (scegli tra conto corrente o conto di risparmio): <input type="checkbox"/> Corrente. <input type="checkbox"/> Risparmio Distribuzione _____ % dell'assegno	
NOME DELL'ISTITUTO FINANZIARIO: _____	
NUMERO ROUTING _____	NUMERO CONTO _____
CONTO DI DEPOSITO DIRETTO N. 2 (scegli tra conto corrente o conto di risparmio): <input type="checkbox"/> Corrente <input type="checkbox"/> Risparmio Distribuzione _____ % dell'assegno	
NOME DELL'ISTITUTO FINANZIARIO: _____	
NUMERO ROUTING _____	NUMERO CONTO _____
CERTIFICAZIONE E AUTORIZZAZIONE DEL DEPOSITANTE/BENEFICIARIO	
<p>Con la firma del presente modulo, autorizzo NYSIF a versare i pagamenti all'istituto finanziario o agli istituti finanziari sopra indicati affinché vengano depositati sul conto o sui conti designati. Dichiaro di avere diritto a ricevere i pagamenti di indennizzo o i proventi della transazione sottostanti e che le circostanze che mi danno diritto ai benefici da parte di NYSIF non sono cambiate. Nel caso in cui le circostanze che influenzano il diritto a ricevere i pagamenti siano cambiate, sono tenuto a informare NYSIF. Sono consapevole che per richiedere il deposito diretto devo fornire un indirizzo e-mail. Con l'invio della presente richiesta, acconsento a ricevere notifiche elettroniche all'indirizzo e-mail fornito.</p>	
FIRMA: _____	DATA: _____

INVIATE LA RICHIESTA COMPILATA A:

NYSIF
PO Box 66699
Albany, NY 12206