

Nr sprawy WCB (jeżeli jest znany): \_\_\_\_\_

**Do poszkodowanego:** Niniejszy formularz należy wypełnić, jeżeli poszkodowany w przeszłości leczył się z powodu urazu tej samej części ciała lub schorzenia podobnego do schorzenia stanowiącego podstawę aktualnego roszczenia. Formularz ten umożliwi wymienionym poniżej usługodawcom opieki zdrowotnej ujawnienie informacji dotyczących poprzedniego urazu/schorzenia ubezpieczycielowi obsługującemu fundusz odszkodowań pracowniczych pracodawcy. Przepisy federalnej Ustawy o przenośności i ochronie danych w ubezpieczeniach zdrowotnych z 1996 r. HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) uprawniają poszkodowanego do otrzymania kopii tego formularza. W przypadku trudności ze zrozumieniem treści niniejszego formularza, należy skonsultować się ze swoim przedstawicielem prawnym. Osobom, które nie mają przedstawiciela prawnego, może pomóc Rzecznik Poszkodowanych Pracowników Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych. Kontakt telefoniczny: 800-580-6665

**Do usługodawcy opieki zdrowotnej:** Kopia tego zgodnego z przepisami HIPAA formularza uprawnia do ujawnienia informacji zdrowotnych. Wysyłając dokumentację medyczną ubezpieczycielowi obsługującemu fundusz odszkodowań pracowniczych w odpowiedzi na wniosek będący przedmiotem tego formularza, należy również wysłać kopie do przedstawiciela prawnego poszkodowanego. (Jeżeli poszkodowany nie jest reprezentowany, należy wysłać kopie poszkodowanemu). Usługodawcy opieki zdrowotnej, którzy udostępniają dokumentację medyczną, muszą przestrzegać przepisów prawa stanu Nowy Jork i HIPAA.

Niniejsze ujawnienie informacji jest:

- **dobrowolne.** Niezależnie od tego, czy poszkodowany podpisał ten formularz, usługodawca(-y) opieki zdrowotnej ma(ja) obowiązek zapewnienia mu takiego samego poziomu opieki, warunków płatności i świadczeń.
- **ograniczone.** Uprawnia usługodawcę(-ów) opieki zdrowotnej do ujawnienia wyłącznie dokumentacji medycznej dotyczącej opisanego poniżej poprzedniego urazu/schorzenia.
- **tymczasowe.** Wygasa wraz z przyjęciem lub oddaleniem roszczenia oraz wykorzystaniem wszystkich praw do złożenia odwołania.
- **odwoływalne.** Niniejsze upoważnienie można w każdej chwili wycofać. Aby wycofać niniejsze upoważnienie, należy wysłać pismo do usługodawców opieki zdrowotnej wymienionych na niniejszym formularzu. Należy również wysłać kopię tego pisma ubezpieczycielowi obsługującemu fundusz odszkodowań pracowniczych pracodawcy oraz Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych. Uwaga! Nie ma możliwości odwołania niniejszego upoważnienia w odniesieniu do ujawnionej już dokumentacji medycznej.
- **tylko do dokumentacji.** Niniejsze upoważnienie uprawnia usługodawcę(-ów) opieki zdrowotnej poszkodowanego do wysłania dokumentacji medycznej ubezpieczycielowi obsługującemu fundusz odszkodowań pracowniczych pracodawcy.

Formularz ten NIE zezwala usługodawcy(-om) opieki zdrowotnej na ujawnianie następujących rodzajów informacji:

- **informacji dotyczących HIV**
- **notatek z sesji psychoterapii**
- **leczenia z uzależnienia od alkoholu/narkotyków**
- **leczenia z zakresu zdrowia psychicznego** (chyba, że poszkodowany zaznaczy tę opcję poniżej)
- **informacje ustne** (usługodawcy opieki zdrowotnej nie mogą tych informacji z nikim omawiać)

Wszelka udostępniona dokumentacja zostanie włączona do akt sprawy funduszu odszkodowań pracowniczych i będzie traktowana poufnie, zgodnie z przepisami prawa o funduszu odszkodowań pracowniczych.

**A. DANE WNIOSKODAWCY (poszkodowanego)**

1. Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ 2. Nr ubezpieczenia socjalnego: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
3. Adres do doręczeń: \_\_\_\_\_
4. Data urodzenia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 5. Data wystąpienia aktualnego urazu/schorzenia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
6. Aktualny uraz/schorzenie, w tym objęte urazem części ciała: \_\_\_\_\_
7. Imię i nazwisko i adres przedstawiciela prawnego (jeżeli dotyczy): \_\_\_\_\_

**Zaznaczyć tutaj, aby umożliwić usługodawcy(-om) opieki zdrowotnej ujawnienie informacji dotyczących leczenia z zakresu zdrowia psychicznego.**

**B. USŁUGODAWCA(-Y) OPIEKI ZDROWOTNEJ** (wymienić wszystkich usługodawców opieki zdrowotnej leczących poszkodowanego z odniesionych poprzednio urazów dotyczących tej samej części ciała lub podobnego schorzenia. W przypadku większej niż 2 liczby usługodawców należy dołączyć ich dane kontaktowe do niniejszego formularza).

1. Usługodawca: \_\_\_\_\_ 2. Numer telefonu: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
3. Adres do doręczeń: \_\_\_\_\_
4. Inny usługodawca (jeżeli dotyczy): \_\_\_\_\_ 5. Numer telefonu: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
6. Adres do doręczeń: \_\_\_\_\_

**C. PO PRZECYTANIU PODPISAĆ PONIŻEJ.** Niniejszym proszę, aby wyżej wymieniony usługodawca(-y) przekazał ubezpieczycielowi mojego pracodawcy kopie całości dokumentacji medycznej dotyczącej wszelkich poprzednich urazów/schorzeń w odniesieniu do wszystkich ww. części ciała.

Podpis poszkodowanego (tylko atramentem - jeżeli możliwe, niebieskim) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**Jeżeli poszkodowany nie jest w stanie złożyć podpisu, osoba podpisująca w imieniu poszkodowanego powinna wypełnić i podpisać poniższą część.:**

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Stosunek do poszkodowanego \_\_\_\_\_ Podpis (tylko atramentem - jeżeli możliwe, niebieskim) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_