

Stan Nowy Jork — Komisja ds. Odszkodowań Pracowniczych
WNIOSEK O ODSZKODOWANIE Z TYTUŁU ZGONU

Wniosek ten będzie rozpatrywany szybciej, jeżeli Komisja otrzyma kopie niezbędnych dokumentów. Prosimy o dołączenie kopii posiadanych dokumentów. W przeciwnym razie prosimy o uzyskanie kopii i przyniesienie ich ze sobą na pierwsze spotkanie w biurze Komisji NIE NALEŻY ZWLEKAĆ ze złożeniem niniejszego formularza. Poniżej wymienione są niezbędne dokumenty:

- a. Dokumentacja medyczna uzyskana od lekarza, który leczył zmarłego.
- b. Świadectwo zgonu.
- c. Dowód poświadczający relację, np. świadectwo urodzenia, akt ślubu, dokumenty adopcyjne itp.
- d. Rachunek za usługi pogrzebowe (wyszczególnione).

NR SPRAWY WCB (jeżeli jest znany)	NR SPRAWY UBEZPIECZYCIELA	NR KODU UBEZPIECZYCIELA	NR UBEZPIECZENIA SPOŁ. ZMARŁEGO	NR UBEZPIECZENIA SPOŁ. WNIOSKODAWCY	DATA WYPADKU
IMIĘ I NAZWISKO			ADRES (podać nr domu, ulicę, stan i kod pocztowy)		Nr lokalu
ZMARŁY					
PRACODAWCA					
UBEZPIECZYCIEL					
WNIOSKODAWCA					Nr lokalu

Niniejszym na podstawie WCL wnioskuję o odszkodowanie z tytułu zgonu osoby o nazwisku podanym powyżej. Śmierć nastąpiła wskutek urazu doznanego w miejscu zatrudnienia u wyżej wymienionego pracodawcy. Wniosek poparty jest następującymi informacjami.

1. a. Zgon nastąpił _____ dnia _____, _____
o godz. _____ (Prosimy dołączyć świadectwo zgonu, jeżeli jest).
- b. W jaki sposób doszło do wypadku lub wystąpienia choroby zawodowej? (Prosimy o podanie szczegółowego opisu z informacjami na temat tego, czy poszkodowany pracownik upadł, został uderzony itp, a także tego, jakie czynniki lub zdarzenia doprowadziły lub przyczyniły się do wypadku).

- c. Miejsce wypadku: _____
- d. Charakter urazu i uszkodzone części ciała: _____

Uwaga: Prosimy dołączyć dokumentację medyczną, jeżeli jest dostępna.

2. LEKARZ UDZIELAJĄCY POMOCY	Imię i nazwisko	Adres
3. OSTATNI LEKARZ LUB SZPITAL		
4. WŁAŚCICIEL ZAKŁADU POGRZEBOWEGO		
5. OSOBA, KTÓRA OPLACIŁA KOSZTY POGRZEBU		

6. Kwota na rachunkach zakładu pogrzebowego w \$ _____ Kwota zapłacona (jeżeli nastąpiła płatność) w \$ _____
(Prosimy dołączyć rachunek za usługi pogrzebowe, jeżeli jest).
7. Data urodzenia wnioskodawcy _____ 8. Relacja w stosunku do zmarłego _____
9. Czy zmarły pozostawił po sobie współmałżonka i/lub dzieci w wieku poniżej 18 lat lub poniżej 23 lat, które kształciły się jako uczniowie/studenci w pełnym wymiarze godzin w dowolnej uznanej placówce oświatowej? Tak Nie
10. Potomkowie lub osoby wcześniej pozostające pod opieką zmarłego: (Zob. instrukcje na odwrocie).

IMIĘ I NAZWISKO	ADRES	DATA URODZENIA	RELACJA

(Prosimy o dołączenie dowodu poświadczającego relację, np. świadectwo urodzenia, akt ślubu, dokumenty adopcyjne itp., jeżeli są dostępne).

(ZOB INSTRUKCJE NA ODWROCIE).

W RAZIE PYTAŃ DOTYCZĄCYCH UBIEGANIA SIĘ O ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ZGONU PROSIMY O KONTAKT Z NAJBLIŻSZYM BIUREM KOMISJI DS. ODSZKODOWAŃ PRACOWNICZYCH.

11. JEŻELI WNIOSKODAWCA JEST WSPÓŁMAŁŻONKIEM LUB DZIECKIEM ZMARŁEGO, PROSIMY O PODANIE NASTĘPUJĄCYCH INFORMACJI:

- a. Zawarł(-a) Pan/Pani związek małżeński z osobą zmarłą w dniu _____, _____
w _____ przez _____ (Prosimy dołączyć akt ślubu, jeżeli jest dostępny).
_____ (Rasa) _____ Osoba prowadząca ceremonię
- b. Liczba dzieci w wieku poniżej 18 lat w chwili zgonu osoby zmarłej. _____
- c. Liczba dzieci będących w chwili zgonu osoby zmarłej w wieku co najmniej 18 lat, które kształciły się jako uczniowie/studenci w pełnym wymiarze godzin w dowolnej uznanej placówce oświatowej w chwili zgonu osoby zmarłej. _____

12. JEŻELI WNIOSKODAWCA JEST WSPÓŁMAŁŻONKIEM OSOBY ZMARŁEJ, prosimy o podanie udziału w kwocie renty rodzinnej w oparciu o Ustawę o Ubezpieczeniu Społecznym. _____ \$ (prosimy o dołączenie posiadanej kopii decyzji o przyznaniu świadczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego, gdzie podano Pana/Pani udział kwotowy w rencie rodzinnej lub też kopii czeku z wymienioną wysokością świadczenia).

13. JEŻELI NIE JEST PAN/PANI WSPÓŁMAŁŻONKIEM OSOBY ZMARŁEJ ANI JEJ DZIECKIEM W WIEKU PONIŻEJ 18 LAT LUB DZIECKIEM PONIŻEJ 23 LAT KSZTAŁCĄCYM SIĘ JAKO UCZEŃ/STUDENT W PEŁNYM WYMIARZE GODZIN W UZNANEJ PLACÓWCE OŚWIATOWEJ, PROSIMY O PODANIE NASTĘPUJĄCYCH INFORMACJI:

- a. Czy pozostawał(-a) Pan/Pani na całkowitym lub częściowym utrzymaniu osoby zmarłej? _____
- b. Jeżeli na częściowym, to w jakim stopniu/zakresie? _____
- c. Jestem właścicielem:
- (1) nieruchomości o szacowanej wartości \$ _____, która przynosi dochód w wysokości \$ _____
rocznie i na której ciąży zobowiązania w wysokości \$ _____
- (2) Prosimy podać inne posiadane źródła dochodu. (Prosimy wymienić każde z nich i podać uzyskiwane z nich kwoty).

- ŹRÓDŁO KWOTA

14. JEŻELI JEST PAN/PANI DZIECKIEM LUB POZOSTAJĄCYM UPRZEDNIO NA UTRZYMANIU OSOBY ZMARŁEJ WNUKIEM/WNUCZKĄ, BRATEM LUB SIOSTRĄ, MA PAN/PANI CO NAJMNIEJ 18 LAT, ALE NIE OSIĄGNĄŁ PAN/OSIĄGNĘŁA PANI WIEKU 23 LAT I JEST UCZNIEM/STUDENTEM KSZTAŁCĄCYM SIĘ W PEŁNYM WYMIARZE GODZIN W UZNANEJ PLACÓWCE OŚWIATOWEJ, PROSIMY O PODANIE NASTĘPUJĄCYCH INFORMACJI I DOŁĄCZENIE ZAŚWIADCZENIA O KSZTAŁCENIU SIĘ, JEŻELI PANA/PANI PLACÓWKA OŚWIATOWA TAKIE WYDAJE.

Imię i nazwisko ucznia/studenta

Nazwa i adres placówki oświatowej

Data rozpoczęcia edukacji w placówce

KAŻDA OSOBA, KTÓRA ŚWIADOMIE I Z INTENCJĄ POPEŁNIENIA OSZUSTWA PRZEDSTAWIA INFORMACJE, POWODUJE ICH PRZEDSTAWIENIE LUB PRZYGOTOWUJE JEDYSPONUJĄC WIEDZĄ LUB PRZEKONANIEM, ŻE BĘDĄ PRZEDSTAWIONE UBEZPIECZYCIELOWI LUB SAMOUBEZPIECZAJĄCEMU LUB TEŻ PRZEZ UBEZPIECZYCIĘŁA BĄDŹ SAMOUBEZPIECZAJĄCEGO TAKIE INFORMACJE, KTÓRE ZAWIERAJĄ NIEPRAWDZIWE ISTOTNE DANE ORAZ KAŻDA OSOBA, KTÓRA ZATAI ISTOTNE FAKTY, ZOSTANIE UZNANA WINNĄ PRZESTĘPSTWA I PODDANA WYSOKIM KAROM PIENIĘŻNYM ORAZ POZBAWIENIA WOLNOŚCI.

Data: _____ Podpisane przez _____ (Podpis wnioskodawcy) _____ Nr telefonu _____ **lub**

Podpisane przez _____ (Osoba składająca podpis w imieniu wnioskodawcy) _____ (Relacja) _____ Nr telefonu _____

INFORMACJE DLA WNIOSKODAWCY

- A. Zgodnie z WCL wniosek o odszkodowanie może złożyć:
1. Współmałżonek osoby zmarłej;
 2. Dzieci osoby zmarłej, które były w wieku poniżej 18 lat w chwili zgonu osoby zmarłej;
 3. Dzieci w dowolnym wieku całkowicie niewidzące lub fizycznie upośledzone w momencie wypadku osoby zmarłej, a także te, których niepełnosprawność jest całkowita i trwała;
 4. Wnuki oraz rodzeństwo osoby zmarłej, którzy byli w wieku poniżej 18 lat w chwili zgonu osoby zmarłej i które całkowicie lub częściowo pozostawały na utrzymaniu osoby zmarłej w chwili jej zgonu;
 5. Rodzice i dziadkowie osoby zmarłej, którzy całkowicie lub częściowo pozostawali na utrzymaniu osoby zmarłej w chwili jej wypadku;
 6. Dzieci osoby zmarłej, wnuki i rodzeństwo osoby zmarłej, którzy pozostawali na jej utrzymaniu w momencie jej zgonu i którzy byli w wieku poniżej 23 lat oraz kształcili się w pełnym wymiarze godzin jako uczniowie/studenci w dowolnej uznanej placówce oświatowej, gdy śmierć nastąpiła dnia 1 stycznia 1978 r. lub później.
- B. Współmałżonek i dzieci mogą złożyć wspólny wniosek. Każdy wnuk, brat, siostra, rodzic lub dziadek, który pozostawał na utrzymaniu osoby zmarłej, musi złożyć odrębny wniosek.

Informacje zgodne z prawem stanu Nowy Jork w zakresie ochrony prywatności i danych osobowych (New York Personal Privacy Protection Law) (prawem o urzędnikach państwowych (Public Officers Law), art. 6-A) oraz federalną ustawą ochronie danych osobowych z roku 1974 (5 U.S.C. Sekcja.

Prawo Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych („Komisji”) do uzyskiwania danych osobowych od wnioskodawców wynika z postanowień sekcji 20 i 142 WCL. Informacje te są zbierane w celu ułatwienia Komisji rozpatrywania wniosków w sposób skuteczny oraz starannego prowadzenia dokumentacji dotyczącej wniosków.

Komisja dokłada usilnych starań w celu zapewnienia poufności wszelkich danych osobowych, które gromadzi. Dane te będą ujawniane w obrębie Komisji jedynie pracownikom i agentom Komisji w celu ułatwienia im pełnienia obowiązków służbowych. Dane osobowe będą ujawniane poza obrębem agencji jedynie na zasadach zgodnych z obowiązującym prawem stanowym i federalnym.

Główna odpowiedzialność za prowadzenie dokumentacji agencji, zawierającej dane osobowe wnioskodawców, spoczywa na dyrektorze operacyjnym Komisji, (100 Broadway, Menands, New York 12241 (518-474-6674).

Niepodanie informacji wymaganych w niniejszym formularzu nie spowoduje odrzucenia wniosku, ale może opóźnić proces jego rozpatrywania. Dobrowolne ujawnienie numeru ubezpieczenia społecznego umożliwia Komisji upewnienie się, że informacje są powiązane z wnioskiem, a także szybkie podjęcie działań.

NYS Workers' Compensation Board

Centralized Mailing

PO Box 5205

Binghamton, NY 13902-5202

Bezplatna telefoniczna linia obsługi klienta: 877-632-4996