

Program zdrowotny World Trade Center Podanie kwalifikacyjne dla osób ocalałych

Osoby ocalałe uprawnione do udziału w programie zdrowotnym World Trade Center (WTC) obejmują osoby, które były obecne w obrębie obszaru katastrofy spowodowanej atakami terrorystycznymi na budynki World Trade Center w dniu 11 września 2001 r. w związku z wykonywaną pracą, miejscem zamieszkania, udziałem w zajęciach szkolnych, opieką nad dziećmi lub całodzienną opieką nad dorosłymi.

Jeżeli uważa Pan/Pani, iż kwalifikuje się do udziału w programie zdrowotnym WTC, prosimy o podanie poniższych informacji niezbędnych do rozpoczęcia procesu oceny uprawnienia:

Dzisiejsza data ____/____/____

Nazwisko _____

Imię _____ Drugie imię _____

Adres korespondencyjny _____

Adres e-mail _____

Miasto _____ Stan _____ Kod pocztowy _____

Główny nr telefonu (____) - ____ - ____

Inny nr telefonu (____) - ____ - ____

Data urodzenia ____/____/____ Płeć ☐ Mężczyzna ☐ Kobieta

Miejsce urodzenia _____

Oficjalny krajowy numer identyfikacyjny
(proszę wybrać jedną z opcji)

Podanie oficjalnego krajowego numeru identyfikacyjnego jest opcjonalne. Niepodanie numeru nie będzie skutkowało odmową udziału w programie. Brak numeru może jednak opóźnić lub wręcz uniemożliwić wykonanie czynności związanych z Pana/Pani podaniem.

Nr prawa jazdy

Ostatnie 4 cyfry numeru ubezpieczenia społecznego

Nr paszportu

Inny (proszę podać)

Czas uzupełnienia formularza szacuje się na średnio 15 minut (na jedno zgłoszenie), co obejmuje czas potrzebny na zapoznanie się z instrukcjami, przeszukiwanie dostępnych źródeł danych, zgromadzenie i podanie niezbędnych danych, uzupełnienie informacji i przegląd już wypełnionego formularza. Instytucja nie może gromadzić ani sponzorować gromadzenia danych, a osoby nie mają obowiązku podawania zbioru danych bez ważnego numeru kontrolnego OMB. Ewentualne uwagi dotyczące szacowanego obciążenia czasowego lub jakiegokolwiek innego aspektu związanego z gromadzeniem danych, a także sugestie dotyczące zredukowania tego obciążenia należy przekazywać na adres: CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-0891).

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania dotyczące Pana/Pani doświadczeń w obszarze katastrofy World Trade Center. Pomoc w wypełnianiu niniejszego formularza lub odpowiedzi na pytania związane z formularzem uzyskać można pod bezpłatnym numerem telefonu: 1-888-982-4748.

Proszę zaznaczyć pola przy odpowiedziach, które Pana/Pani dotyczą.

Uwaga: „Obszar katastrofy w Nowym Jorku” definiowany jest jako teren położony na Manhattanie, na południe od Houston Street oraz dowolny kwadrat ulic w dzielnicy Brooklyn, który znajduje się całkowicie lub częściowo w promieniu 1,5 mili (2,4 km) od lokalizacji budynków WTC.

- ☐ W dniu 11 września 2001 r. przebywałem/-am w obrębie obszaru katastrofy w Nowym Jorku, w zasięgu działania pyłu lub w chmurze pyłu.
- ☐ Pracowałem/-am, mieszkalem/-am lub uczęszczałem/-am do szkoły, korzystałem/-am z usługi opieki nad dziećmi lub całodzienną opieki nad dorosłymi w obrębie obszaru katastrofy w Nowym Jorku. **Proszę uzupełnić informacje w poniższych punktach:**
- Przez _____ dni w okresie, który rozpoczął się w dniu 11 września 2001 r., a zakończył 10 stycznia 2002 r.
 - Przez _____ dni w okresie, który rozpoczął się w dniu 11 stycznia 2002 r., a zakończył 31 lipca 2002 r.
 - W miejscu/pod adresem: _____
- ☐ Pracowałem/-am przy oczyszczaniu lub pracach konserwacyjnych w obrębie obszaru katastrofy w Nowym Jorku w okresie, który rozpoczął się w dniu 11 września 2001 r., a zakończył 10 stycznia 2002 r. i w związku z wykonywaną pracą byłem/-am silnie narażony/-a na działanie pyłu pochodzącego z budynków WTC.
- W miejscu/pod adresem: _____
- ☐ Uczestniczyłem/-am w realizowanym przez korporację Lower Manhattan Development Corporation programie dotacji mieszkaniowych, w ramach którego przyznawano wsparcie finansowe osobom, które były właścicielami lub zakupiły i zamieszkiwały w obrębie obszaru katastrofy w Nowym Jorku w okresie od dnia 11 września 2001 r. do 31 maja 2003 r.
- ☐ Pracowałem/-am dla firmy działającej w obrębie obszaru katastrofy w Nowym Jorku, która była uprawniona do otrzymania wsparcia finansowego w ramach realizowanego przez korporację Lower Manhattan Development Corporation programu w ramach ustawy o zachęcaniu do rozwoju działalności małych przedsiębiorstw w rejonie WTC, bądź innych rządowych programów zachęt gospodarczych powołanych po atakach terrorystycznych z 11 września 2001 r. w celu rewitalizacji gospodarczej dolnego Manhattanu.
- ☐ Odczuwam dolegliwości fizyczne lub emocjonalne, które uważam za następstwo ataków terrorystycznych z 11 września 2001 r. **Proszę krótko opisać odczuwane objawy oraz wskazać ich początek.**

- ☐ Żadna z powyższych opcji, jednak uważam, że kwalifikuję się do udziału w programie, ponieważ:

Wymagana dokumentacja

Osoby ubiegające się o zakwalifikowanie do programu zdrowotnego WTC muszą również przedłożyć dokumentację potwierdzającą, iż dana osoba przebywała lub zamieszkiwała oraz/lub wykonywała pracę w odpowiednim okresie określonym w pytaniach powyżej. Dokumenty mogą obejmować np.: dowód zamieszkania (potwierdzenie najmu lub rachunek za dostawę mediów); lista obecności w szkole lub ośrodku opieki dziennej; potwierdzenie wynagrodzenia (odcinek wypłaty) lub inny dokument potwierdzający zatrudnienie bądź pisemne oświadczenie złożone przez pracodawcę (pod rygorem odpowiedzialności karnej za podawanie fałszywych informacji) wskazujące miejsce zatrudnienia w odpowiednim okresie; bądź inne, podobne dokumenty.

Jeżeli nie jest Pan/Pani w stanie przedłożyć wymaganej dokumentacji, proszę opisać, w jaki sposób próbował/-a Pan/Pani uzyskać potrzebne dokumenty oraz dlaczego nie dołączył/-a ich Pan/Pani do swojego podania.

Niniejszym ubiegam się o udział w programie zdrowotnym WTC oraz wyrażam zgodę na wykorzystywanie moich danych osobowych przez odpowiednie agencje rządu federalnego oraz wykonawców pracujących na rzecz rządu federalnego w celu weryfikacji, czy kwalifikuję się do udziału w programie zdrowotnym WTC oraz stwierdzenia, czy płatności środków dostępnych w ramach programu zdrowotnego WTC są lub zostały dokonane w odpowiedniej wysokości.

Poprzez złożenie podpisu potwierdzam, że odpowiedziałem/am na wszystkie pytania zgodnie z prawdą oraz wiem, że: osoba, która umyślnie składa fałszywe oświadczenia, wprowadza w błąd, ukrywa fakty bądź popełnia jakiegokolwiek inne oszustwo w celu zakwalifikowania się do programu zdrowotnego WTC, do udziału w którym nie ma prawa, podlega odpowiednim konsekwencjom prawnym w wyniku postępowania cywilnego i/lub administracyjnego oraz odpowiedzialności karnej z tytułu popełnienia przestępstwa i może na mocy odpowiednich przepisów kodeksu karnego być ukarany karą grzywny lub pozbawienia wolności (bądź obiema karami).

PODPIS

DATA

Formularz można przesłać faksem pod nr 1-877-646-5308 lub pocztą pod adres:

**World Trade Center Health Program
PO Box 7000
Rensselaer, NY 12144**

Oświadczenie dotyczące prywatności

Zgodnie z obowiązującą Privacy Act of 1974 (ustawą o prywatności z 1974) r. z późniejszymi poprawkami (rozdział 5, paragraf 552a kodeksu USA), niniejszym informujemy Pana/Panią, iż program zdrowotny WTC prowadzony jest przez Department of Health and Human Services (Departament Zdrowia i Usług Społecznych) (HHS), który otrzymuje i gromadzi dane osobowe dotyczące kandydatów na mocy §§300mm-300-61 rozdziału 42, kodeksu USA. Otrzymane przez nas dane wykorzystywane będą do określenia Pana/Pani uprawnień oraz prawa do uczestnictwa w programie zdrowotnym WTC, jak również ewentualnych innych badaniach zdrowotnych, monitorowaniu i leczeniu lub innych świadczeniach oferowanych w ramach programu zdrowotnego WTC.

Dane te mogą być ujawniane następującym podmiotom: (1) Department of Justice (Departamentowi Sprawiedliwości) oraz wykonawcom działającym na zlecenie Departamentu w celu świadczenia usług nadzoru antyterrorystycznego zgodnie z ustawowym obowiązkiem Krajowego Instytutu BHP (NIOSH) w zakresie weryfikacji, czy dana osoba znajduje się na „czarnej liście terrorystów” zgodnie z paragrafami 3311 i 3321 Zadroga Act (ustawy Zadroga) oraz kwalifikuje się i ma prawo do udziału lub certyfikacji w programie zdrowotnym WTC zgodnie z odpowiednimi wymogami ustawowymi; (2) wykonawcom wyznaczonym przez agencję w celu pomocy w realizowaniu funkcji agencji w związku z programem zdrowotnym WTC, którzy wymagają dostępu do odpowiednich akt, aby móc wykonywać postanowienia zawarte w wiążących ich umowach; (3) odpowiednim podmiotom w celu obniżenia lub potrącenia płatności dokonanych w ramach programu zdrowotnego WTC osobom indywidualnym zgodnie z przepisami lub planem odszkodowań pracowniczych obowiązującym w USA, w jednym ze stanów bądź konkretnej lokalizacji, bądź też innym planem świadczeń obowiązujących pracodawcę w związku z doznany przez pracownika w miejscu pracy urazem lub chorobą, bądź publicznym (lub prywatnym) ubezpieczeniem zdrowotnym zgodnie z wymogami określonymi w rozdziale XXXIII Public Health Service Act (ustawy o publicznych świadczeniach zdrowotnych); a także (4) Departamentowi Sprawiedliwości w związku z postępowaniem toczącym się w związku z rozdziałem XXXIII.