



Formulario aprobado
OMB N.º O920-0891
Fecha exp. 12/31/2014

Programa de atención médica del World Trade Center Solicitud de elegibilidad de sobreviviente

Un sobreviviente bajo el Programa de atención médica del World Trade Center (WTC) es toda persona que estuvo presente en el área del desastre del WTC por los atentados del 11 de septiembre del 2001, debido a su trabajo, residencia, o asistencia a un centro educativo, guardería o centro de cuidados diurnos para adultos.

Si cree que reúne los requisitos para inscribirse en el Programa de atención médica del WTC, sírvase proporcionar la siguiente información para comenzar el proceso de elegibilidad:

Fecha de hoy ____/____/____

Apellido _____

Nombre _____ Segundo nombre _____

Dirección de correo postal:

Correo electrónico _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono principal # (____) - ____ - ____

Teléfono secundario # (____) - ____ - ____

Fecha de nacimiento ____/____/____

Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

Lugar de nacimiento _____

Número de identificación de documento
oficial (elijá uno)

*El suministro del número de su documento de
identificación oficial es opcional y a usted no se
le negará la inscripción al programa si no lo
proporciona. Sin embargo, no proporcionarlo
puede retrasar o evitar la gestión de su solicitud.*

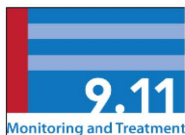
Licencia de conducción

Últimos 4 números de su Seguro Social

Pasaporte

Otro (¿qué tipo?)

Se calcula que la carga pública reportada para recopilar esta información es un promedio de 15 minutos por respuesta, e incluye el tiempo invertido en revisar las instrucciones, buscar las fuentes de información existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y concluir y revisar el proceso de recolección de la información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar recopilación de información, y no se le pedirá a ninguna persona que responda las preguntas en los formularios de solicitud de información, a menos que estos tengan un número de control OMB válido y vigente. Envíe sus comentarios acerca de este estimado de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información y sus sugerencias para reducir el tiempo dedicado a la dirección CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-0572).



Por favor, responda las siguientes preguntas sobre sus actividades en el área de desastre del World Trade Center. Si desea que le ayuden a llenar esta solicitud o tiene preguntas, puede llamar gratis al 1-888-982-4748.

Marque todas las casillas que correspondan a su caso.

Nota: El "Área de desastre de la Ciudad de Nueva York" se define como el área de Manhattan al sur de Houston Street y todas las cuadras de Brooklyn que se encuentren total o parcialmente ubicadas dentro de un radio de 1.5 millas del lugar del antiguo World Trade Center.

☐ Estuve presente en el área de desastre de la Ciudad de Nueva York entre el polvo o la nube de polvo, el 11 de septiembre del 2001.

☐ Trabajé, viví, o asistí a un centro educativo, guardería o centro de cuidados diurnos para adultos en el área de desastre de la Ciudad de Nueva York. **Por favor complete la información para los puntos señalados abajo:**

- ¿Cuántos días durante el periodo que comenzó el 11 de septiembre del 2001 y que terminó el 10 de enero del 2002? _____
- ¿Cuántos días durante el periodo que comenzó el 11 de enero del 2002 y que terminó el 31 de julio del 2002? _____
- ¿En qué lugar/dirección? _____

☐ Trabajé como empleado de limpieza o realicé tareas de mantenimiento en el área de desastre de la Ciudad de Nueva York durante el periodo que comenzó el 11 de septiembre del 2001 y que terminó el 10 de enero del 2002, y estuve largamente expuesto al polvo del WTC debido a ese trabajo.

- ¿En qué lugar/dirección? _____

☐ Participé en el Programa de Subsidios Residenciales de la Lower Manhattan Development Corporation, el cual otorgó dinero a personas que fueron propietarias o compraron y vivieron en residencias del área de desastre de la Ciudad de Nueva York durante el periodo entre el 11 de septiembre del 2001 y el 31 de mayo del 2003.

☐ Trabajé para una compañía del área de desastre de la Ciudad de Nueva York elegible para recibir un subsidio del programa de la Ley de atracción y retención de empresas pequeñas del WTC de la Lower Manhattan Development Corporation u otros programas de incentivos gubernamentales que fueron creados después de los ataques terroristas del 11 de septiembre del 2001, para ayudar a revitalizar la economía del bajo Manhattan.

☐ Tengo síntomas de un problema de salud físico o emocional que considero resultado de los ataques terroristas del 11 de septiembre del 2001. **Por favor, describa brevemente sus síntomas y cuando comenzaron.**

☐ Nada de lo anterior, pero creo que reúno los requisitos por el siguiente motivo:

Documentación requerida

Los solicitantes del Programa de atención médica del WTC también deben proporcionar documentos que demuestren la ubicación, presencia o residencia y/o actividad laboral durante el periodo de tiempo especificado en las preguntas anteriores. Los documentos a presentar pueden ser, pero no se limitan a: prueba de residencia, como un recibo de arrendamiento o de servicios públicos; registro de asistencia a un centro educativo o a una guardería; o recibo de pago de salario, otro documento de empleo, o una declaración escrita, que debe ser legítima so pena de sanciones para el empleador, en la que se indique el lugar de trabajo durante el periodo de tiempo relevante o documentos similares.

Si usted no puede proporcionar los documentos requeridos, deberá explicar la manera en que intentó obtenerlos y el motivo por el cual no pudo suministrarlos con su solicitud.

Por este medio, solicito inscribirme al Programa de atención médica del WTC y doy permiso para que mi información personal sea utilizada por las agencias del gobierno federal y las empresas contratistas correspondientes del gobierno federal, para que determinen si reúno los requisitos para el Programa de atención médica del WTC y para que determinen si los pagos que realiza dicho programa son o fueron adecuados y en las cantidades correctas.

Con mi firma, doy fe de que he contestado las preguntas con toda honestidad y entiendo que: Toda persona que a sabiendas rinda una declaración falsa, que tergiversar información, oculte datos o cometa cualquier otra acción fraudulenta para obtener su inscripción en el Programa de atención médica del WTC al que no tenga derecho, será objeto de sanciones civiles o administrativas así como de cargos penales y, bajo las cláusulas penales correspondientes, podrá ser castigada con multas, prisión o ambas.

FIRMA

FECHA

Envíe este formulario por fax al 1-877-646-5308 o por correo a:

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

Declaración sobre la Ley de Privacidad

En cumplimiento con la Ley de Privacidad de 1974, bajo enmienda (5 U.S.C. 552a), se le notifica por el presente que el Programa de atención médica del WTC es administrado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), el cual recibe y mantiene información personal de los solicitantes como se estipula en 42 U.S.C. §§300mm-300-61. La información recibida se utilizará para determinar elegibilidad y acreditación para el Programa de atención médica del WTC así como para las subsiguientes evaluaciones médicas iniciales, monitorización y tratamiento u otros beneficios otorgados por el Programa de atención médica del WTC.

La información proporcionada puede ser dada a conocer a: (1) el Departamento de Justicia y sus contratistas, para apoyar las actividades de detección de terrorismo en cumplimiento con la obligación legal de NIOSH de determinar si una persona está en la "lista de observación por terrorismo", según lo especifican las secciones 3311 y 3321 de la Ley de Zadroga y determinar si reúne los requisitos y está calificada para ser inscrita o certificada en el Programa de atención médica del WTC como lo especifica el estatuto; (2) contratistas de la agencia cuyos servicios hayan sido contratados por la

agencia para asistir en el cumplimiento de sus funciones relacionadas con el Programa de atención médica del WTC y que necesiten acceso a los registros para cumplir con los términos de su contrato; (3) entidades pertinentes, con el propósito de reducir o resarcir pagos del Programa de atención médica del WTC realizados a personas bajo una ley o plan de compensación laboral de los Estados Unidos, de un estado o de una localidad, o bajo cualquier otro plan de beneficios por lesiones o enfermedades ocupacionales del empleador de tal trabajador o bajo un plan de seguro médico público o privado como lo requiere el Título XXXIII de la Ley de Servicio de Salud Pública; y (4) el Departamento de Justicia, por litigios relacionados con el Título XXXIII.