



Zatwierdzony formularz
OMB nr 0920-0891
Data ważności: 12/31/2014

Program zdrowotny World Trade Center Podanie kwalifikacyjne dla ratowników (nie dotyczy pracowników FDNY)

Ratownicy uprawnieni do udziału w programie zdrowotnym World Trade Center (WTC) obejmują pracowników odpowiednich służb ratowniczych lub wolontariuszy (niezwiązanych z Fire Department of New York (nowojorską strażą pożarną) (FDNY)), którzy uczestniczyli w akcji ratunkowej, odzyskowej, rozbiórkowej, odgruzowywaniu, porządkowaniu bądź innych działaniach powiązanych z powyższymi akcjami, które były realizowane w następstwie ataków na budynki World Trade Centre z dnia 11 września 2001 r.

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 30 minut (na jedno zgłoszenie), co obejmuje czas potrzebny na zapoznanie się z instrukcjami, przeszukanie dostępnych źródeł danych, zgromadzenie i podanie niezbędnych danych, uzupełnienie informacji i przegląd już wypełnionego formularza. Instytucja nie może gromadzić ani sponsorować 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 pole przy odpowiedzi, która opisuje Pana/Pani zajęcia jako pracownika lub wolontariusza w następstwie katastrofy WTC.

- Uczestniczyłem/-am jako pracownik lub wolontariusz w akcji ratowniczej lub odzyskowej, odgruzowywaniu lub czynnościach uzupełniających w obrębie dolnego Manhattanu (na południe od Canal Street), na wyspiskach zlokalizowanych na Staten Island lub nabrzeżu załadunkowym barek.
- Uczestniczyłem/-am jako członek Police Department of New York City (Departamentu Policji Miasta Nowy Jork) (aktywny zawodowo lub emerytowany) lub członek Port Authority Police of the Port Authority of New York and New Jersey (Policji Portowej Zarządu Portu Nowego Jorku i New Jersey) (aktywny zawodowo lub emerytowany) w akcji ratowniczej lub odzyskowej, odgruzowywaniu lub czynnościach uzupełniających realizowanych w następującej lokalizacji (proszę zaznaczyć wszystkie opcje, które Pana/Pani dotyczą):
- dolny Manhattan (na południe od Canal Street)
 - Strefa Zero (Ground Zero)
 - wyspiska na Staten Island
 - nabrzeża załadunkowe dla barek
- Jako pracownik Office of the Chief Medical Examiner of New York City (Biura Naczelnego Lekarza Sądowego dla Miasta Nowy Jork) uczestniczyłem/-am w badaniu i innych czynnościach związanych ze szczątkami ofiar ataków na World Trade Center bądź w innym prosektorium, które w następstwie ataków pz 11 września realizowało powyższe czynności na zlecenie Biura.
- Byłem/-am pracownikiem Port Authority Trans-Hudson Corporation Tunnel.
- Jako pracownik serwisu pojazdów byłem/-am narażony/-a na szkodliwy wpływ gruzu z budynków World Trade Center podczas odzyskiwania, prowadzenia, czyszczenia, naprawy i/lub konserwacji pojazdów skażonych toksycznymi substancjami z powietrza, powstałymi na skutek ataków terrorystycznych z 11 września 2001 r.
- 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 była zatrudniona w odnośnych służbach i wykonywała pracę w dniach, godzinach i lokalizacjach podanych w pytaniach powyżej. Dokumentacja może obejmować np. potwierdzenie wynagrodzenia (odcinek wypłaty), oficjalny wykaz osób zatrudnionych, pisemne oświadczenie złożone przez pracodawcę pod rygorem odpowiedzialności karnej za podawanie fałszywych informacji, dane uwierzytelniające zakładu itp.

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 wykorzystanie 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 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 na 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 punktami 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 udzielania 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.