







Niniejszym składam wniosek o uczestnictwo w Programie Opieki Zdrowotnej WTC i zgadzam się na wykorzystanie moich danych osobowych przez odpowiednie agencje rządu federalnego i wykonawców rządu federalnego w celu określenia, czy kwalifikuję się do Programu Opieki Zdrowotnej WTC oraz czy płatności z tytułu Programu są lub były dokonywane w odpowiedniej kwocie.

Swoim podpisem poświadczam, że:

- Udzieliłem(-am) zgodnych z prawdą odpowiedzi na pytania w niniejszym wniosku.
- Uważam, że spełniam kryteria kwalifikujące mnie jako osobę ocalałą w Programie Opieki Zdrowotnej WTC.
- Potwierdzam, że przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am) informacje zawarte w Informacjach o programie (w załączeniu)  
oraz
- rozumiem poniższą informację:

Każda osoba, która w sposób świadomy i celowy dokonuje fałszywego oświadczenia, niewłaściwego przedstawienia sytuacji, ukrywa fakty lub dokonuje jakiegokolwiek typu oszustwa w celu uczestnictwa lub uzyskania opieki w ramach Programu Opieki Zdrowotnej WTC, do których osoba ta nie jest uprawniona, podlega karze cywilnej lub administracyjnej w postępowaniu dotyczącym dokonania przestępstwa i może zostać na mocy odpowiednich przepisów prawa karnego ukarana grzywną, karą więzienia lub obydwojoma karami, zgodnie z 18 Kodeksem Stanów Zjednoczonych § 1001.

---

Nazwisko wielkimi literami

---

PODPIS

---

DATA

Niniejszy formularz można przesłać faksem pod numer 1-877-646-5308 lub pocztą pod adres:

Program Opieki Zdrowotnej World Trade Center  
PO Box 7000  
Rensselaer, NY 12144



















