

Niniejszy wniosek dotyczy rejestracji do Programu Opieki Zdrowotnej World Trade Center (WTC) jako Osoba ocalała z ataku na WTC. Osoba ocalała z ataku na WTC to osoba, która przebywała na obszarze katastrofy w mieście Nowy Jork w dniu 11 września 2001 r. lub później w związku z pracą, zamieszkaniem, edukacją, opieką nad dzieckiem lub opieką dzienną nad osobą dorosłą. Oznacza także osoby obecne na obszarze katastrofy w mieście Nowy Jork narażone na działanie pyłu lub chmury pyłu w dniu 11 września.

W przypadku pytań należy zadzwonić na infolinię Programu Opieki Zdrowotnej WTC pod numer 1-888-982-4748 albo odwiedzić stronę [www.cdc.gov/wtc](http://www.cdc.gov/wtc). Składanie wniosków online: <https://oasis.cdc.gov>. **W przypadku złożenia wniosku wcześniej proszę nie składać nowego wniosku**, tylko zadzwonić pod numer 1-888-982-4748, aby uzyskać informacje na temat statusu swojego wcześniejszego wniosku. **Uwaga:** Włączenie do Programu Opieki Zdrowotnej WTC nie oznacza włączenia do innych programów wsparcia w związku z 11 września takich jak Fundusz Odszkodowawczy dla Ofiar 11 września.

**Instrukcje:** Aby rozpocząć proces określania uprawnień do świadczeń, należy podać następujące informacje. Wypełnić czytelnym pismem albo drukowanymi literami. Zaznaczając pole wyboru, proszę użyć znaku „✓” albo „x”. Podanie informacji niekompletnych lub błędnych może spowodować opóźnienie w obsłudze wniosku.

## Dane osobowe

Dzisiejsza data: (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_

Nazwisko \_\_\_\_\_ Przyrostek (Jr., II, III itp.) \_\_\_\_\_

Imię \_\_\_\_\_ Drugie imię \_\_\_\_\_

Adres korespondencyjny \_\_\_\_\_ Nr mieszkania/lokalu \_\_\_\_\_

Miasto \_\_\_\_\_ Stan \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

Preferowany numer telefonu ((xxx)xxx-xxxx) \_\_\_\_\_  Tel. komórkowy  Dom  Tel. służbowy

Dodatkowy numer telefonu ((xxx)xxx-xxxx) \_\_\_\_\_  Tel. komórkowy  Dom  Tel. służbowy

Adres e-mail \_\_\_\_\_

Płeć w chwili urodzenia:  Męska  Żeńska

Data urodzenia (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_

Miejsce urodzenia (Miejscowość/Stan/Kraj) \_\_\_\_\_

W przypadku używania kiedykolwiek innego imienia czy nazwiska (np. nazwiska panieńskiego, pseudonimu) proszę wymienić je poniżej w kolejności nazwisko, pierwsze imię, drugie imię, w stosownych przypadkach. Uwaga: może zostać Pan poproszony/Pani poproszona o okazanie dowodu zmiany imienia czy nazwiska (np. aktu małżeństwa).

---

---

---

---

Szacuje się, że średni czas spełnienia obowiązku publicznego związanego z zebraniem informacji wynosi średnio 30 minut na odpowiedź, w tym czas na przejrzanie instrukcji, przeszukanie istniejących źródeł danych, zebranie i zapisanie potrzebnych danych oraz wypełnienie i przejrzanie zebranych informacji. Jeżeli nie zostanie wyświetlony aktualny ważny numer kontroli OMB, agencji nie wolno przeprowadzać lub finansować zbierania informacji ani też nie wymaga się, aby dana osoba udzieliła na nie odpowiedzi. Uwagi dotyczące oszacowania tego obciążenia lub jakiegokolwiek innego aspektu zbierania informacji, w tym sugestie dotyczące zmniejszenia tego obciążenia, należy przysyłać do biura CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-0891).

## Informacje dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego

Proszę podać informacje na temat swojego podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego. **Status Pana/Pani ubezpieczenia zdrowotnego nie ma wpływu na spełnianie kryteriów kwalifikacyjnych.** W przypadku osób ocalałych Program Opieki Zdrowotnej WTC musi działać z uwzględnieniem podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego, aby ułatwić pokrycie kosztów leczenia związanego z atakiem na WTC. Program Opieki Zdrowotnej WTC nie zastępuje Państwa podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego.

Czy ma Pan/Pani podstawowe ubezpieczenie zdrowotne?  Tak  Nie

Jeśli tak, czy jest to ubezpieczenie prywatne, czy publiczne?

- Prywatne (np. zapewniane przez pracodawcę)  Publiczne (np. Medicare albo Medicaid)  
 Oba rodzaje (np. Medicare z prywatnym dodatkiem)

Nazwa polisy ubezpieczeniowej/ planu ubezpieczeniowego \_\_\_\_\_

Czy jest Pan/Pani głównym posiadaczem polisy?  Tak  Nie

Jeżeli nie jest Pan/Pani głównym posiadaczem polisy, proszę podać imię i nazwisko posiadacza polisy: \_\_\_\_\_

Numer identyfikacyjny posiadacza \_\_\_\_\_ Numer grupy \_\_\_\_\_

Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej: \_\_\_\_\_

Czy Pana/Pani ubezpieczenie obejmuje świadczenia apteczne?  Tak  Nie

**Uwaga:** Jeżeli nie ma Pan/Pani ubezpieczenia, doradcy w zakresie świadczeń albo koordynatorzy procesu leczenia w ramach programu Opieki Zdrowotnej WTC pomogą Państwu wyszukać ubezpieczenie zdrowotne i ubiegać się o nie, jeżeli spełnia Pan/Pani kryteria kwalifikacyjne.

## Objawy zdrowotne

Czy występują u Pana/Pani objawy choroby fizycznej lub psychicznej, które Pana/Pani zdaniem są skutkiem ataków z 11 września 2001 roku?  Tak  Nie

Prosimy opisać pojawiające się objawy i wskazać moment ich pojawienia się:

---



---



---



---



---



---



---

**Uwaga:** Aby zakwalifikować się do Programu Opieki Zdrowotnej WTC nie musi Pan/Pani wykazywać, że przyczyną tych objawów jest choroba związana z WTC. Po zakwalifikowaniu osoba ocalała otrzyma bezpłatnie jedną wstępną ocenę stanu zdrowia, którą przeprowadzi lekarz współpracujący z Programem, w celu ustalenia powiązania choroby (chorób) z atakiem na WTC i wydania ewentualnego świadectwa na potrzeby leczenia. Przykładowe schorzenia objęte programem i więcej informacji na temat ich zatwierdzania można znaleźć pod adresem [www.cdc.gov/wtc/conditions.html](http://www.cdc.gov/wtc/conditions.html). Przystąpienie do Programu Opieki Zdrowotnej WTC nie gwarantuje uzyskania świadectwa dotyczącego chorób.

**Jeżeli nie występują u Pana/Pani objawy,** być może warto poczekać ze składaniem wniosku. Jeżeli podczas jednorazowej wstępnej oceny stanu zdrowia nie zostanie zatwierdzone żadne schorzenie, możliwe jest przeprowadzenie w przyszłości kolejnej oceny w ramach Programu, jednak jej koszt będzie musiał zostać pokryty z Pana/Pani podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego albo z własnej kieszeni.

Jeżeli wstrzyma się Pan/Pani ze zgłoszeniem, proszę w dalszym ciągu zgłaszać się na coroczne badania kontrolne i badania przesiewowe pod kątem nowotworów do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w celu wykrycia późniejszego wystąpienia ewentualnych schorzeń związanych z atakiem na WTC. Należy także na bieżąco gromadzić dokumentację uzupełniającą, aby była ona gotowa w przypadku składania wniosku w przyszłości.

**Doświadczenie w związku z 11 września**

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania dotyczące Pana/Pani doświadczeń w obszar katastrofy w mieście Nowy Jork. Termin „**Obszar katastrofy w mieście Nowy Jork**” oznacza obszar Manhattanu na południe od Houston Street. Obejmuje także każdą przecznice na Brooklynie znajdującą się w całości lub częściowo w promieniu 1,5 mili od miejsca, w którym stały wieże World Trade Center. Mapę tego obszaru można znaleźć na stronie [www.cdc.gov/wtc/define.html](http://www.cdc.gov/wtc/define.html).

**Czy był Pan obecny/ była Pani obecna** na obszarze katastrofy w mieście Nowy Jork i był narażony/ była narażona na działanie pyłu lub chmury pyłu w dniu 11 września 2001 roku?  Tak  Nie

**Czy pracował Pan/ pracowała Pani**, zamieszkiwał/zamieszkiwała bądź uczęszczał/uczęszczała do szkoły, lub korzystał/ korzystała z usług opieki nad dziećmi lub dziennej opieki nad dorosłymi na obszarze katastrofy w mieście Nowy Jork w okresie od 11 września 2001 r. do 31 lipca 2002 roku?  Tak  Nie

Jeśli tak, proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi:

- Praca  Zamieszkanie  Uczęszczanie do szkoły  Opieka nad dzieckiem  
 Opieka dzienna nad osobą dorosłą

W jakim miejscu/pod jakim adresem? \_\_\_\_\_

↳Przez ile dni był Pan/była Pani na tym obszarze w okresie od 11 stycznia 2001 r. do 10 stycznia 2002 r.? \_\_\_\_\_

↳Przez ile dni był Pan/ była Pani na tym obszarze w okresie od 11 stycznia 2002 r. do 31 lipca 2002 roku? \_\_\_\_\_

W jakim miejscu/pod jakim adresem (jeżeli dotyczy)? \_\_\_\_\_

↳Przez ile dni był Pan/była Pani na tym obszarze w okresie od 11 stycznia 2001 r. do 10 stycznia 2002 r.? \_\_\_\_\_

↳Przez ile dni był Pan/ była Pani na tym obszarze w okresie od 11 stycznia 2002 r. do 31 lipca 2002 roku? \_\_\_\_\_

**Czy prowadził Pan/ prowadziła Pani** prace porządkowe lub konserwacyjne (nie jako pracownik służb pierwszego reagowania) na obszarze katastrofy w mieście Nowy Jork w dniach od 11 września 2001 r. do 10 stycznia 2002 r. i był Pan/ była Pani w znacznym stopniu narażony/narażona na oddziaływanie pyłu z WTC ze względu na prowadzenie takich prac?  Tak  Nie

Jeżeli tak, w którym miejscu/ pod jakim adresem? \_\_\_\_\_

↳Przez ile dni był Pan/ była Pani tam w okresie od 11 września 2001 r. do 10 stycznia 2002 roku? \_\_\_\_\_

**Za mało miejsca, by podać szczegóły swojego doświadczenia związanego z 11 września?** Proszę opisać je na osobnej kartce i dołączyć do wniosku.

**Dotyczy tylko osób kwalifikujących się do programu dotacji dla Dolnego Manhattanu**

*Poniższe dwa punkty dotyczą tylko osób zamieszkujących bądź zatrudnionych w miejscach uwzględnionych w specjalnych programach dotacji dla Dolnego Manhattanu utworzonych po 11 września.*

Czy uznano Pana/Panią za osobę kwalifikującą się do otrzymania dotacji w ramach Programu dotacji mieszkaniowych (Residential Grant Program) utworzonego przez spółkę Lower Manhattan Development Corporation; i **czy był Pan/ była Pani** najemcą lub właścicielem lokalu mieszkalnego na obszarze katastrofy w mieście Nowy Jork; i czy zamieszkiwał Pan/ zamieszkiwała Pani w tym lokalu w dowolnym czasie w okresie od 11 września 2001 r. do 31 maja 2003 roku?  Tak  Nie

Jeżeli tak, w którym miejscu/ pod jakim adresem? \_\_\_\_\_

↳Przez ile dni był Pan/ była Pani tam w okresie od 11 września 2001 r. do 31 maja 2003 roku? \_\_\_\_\_

Czy Pana/Pani miejsce zatrudnienia w jakimkolwiek momencie w okresie od 11 września 2001 r. do 31 maja 2003 r. znajdowało się na obszarze katastrofy w mieście Nowy Jork; i czy Pana/Pani miejsce zatrudnienia uznano za kwalifikujące do otrzymania dotacji od spółki **Lower Manhattan Development Corporation w ramach Programu dotacji na rzecz przyciągania i utrzymania małych firm w związku z WTC (WTC Small Firms Attraction and Retention Grant Program)** lub w ramach innego programu zachęt rządowych utworzonego po 11 września w celu wsparcia rewitalizacji gospodarki na Dolnym Manhattanie?  Tak  Nie

Jeżeli tak, w którym miejscu/ pod jakim adresem? \_\_\_\_\_

**Żadne z powyższych mnie nie dotyczy**, ale uważam, że kwalifikuję się z następujących powodów:

---



---



---

Nie pisać w tym miejscu

## Wymagana dokumentacja potwierdzająca

**Wraz z wnioskiem należy złożyć kopie dokumentacji uzupełniającej.** Dokumentacja powinna potwierdzać miejsce Pana/Pani zamieszkania, wykonywania pracy, uczęszczania do szkoły, korzystania z usług opieki nad dziećmi lub dziennej opieki nad dorosłymi na obszarze katastrofy w mieście Nowy Jork w okresie od 11 września 2001 r. do 31 lipca 2002 r. bądź potwierdzać Pana/Pani przebywanie na obszarze katastrofy w mieście Nowy Jork w pyle lub chmurze pyłu 11 września.

### Dokumentacja może obejmować w szczególności:

Dowód zamieszkania, np. umowa najmu albo rachunek za media • Odcinek płacowy albo inny dokument potwierdzający zatrudnienie • Pismo od zarządcy nieruchomości, sąsiada, pracodawcy, ośrodka opieki dziennej, szkoły czy organizacji prowadzącej wolontariat • Legitymacja studencka • Wyciąg z programu zajęć dydaktycznych • Lista obecności w szkole lub ośrodku opieki dziennej

Może być konieczne przesłanie wielu dokumentów potwierdzających Pana/Pani tożsamość, miejsce oraz czas przebywania na obszarze katastrofy w mieście Nowy Jork. Musi Pan/Pani złożyć dokument wykazujący oficjalną zmianę imienia i nazwiska, jeżeli Pana/Pani nazwisko we wniosku nie odpowiada nazwisku w dokumentacji uzupełniającej.

Jeżeli nie jest Pan/Pani w stanie znaleźć oficjalnej dokumentacji uzupełniającej lub nie zawiera ona wszystkich niezbędnych szczegółów, może Pan/Pani:

- Przesłać oświadczenie pisemne podpisane przez pracodawcę, współpracownika albo inną osobę, wskazujące miejsce zatrudnienia, zamieszkania, dane szkoły albo inne kwalifikujące się miejsca, **oraz** potwierdzające Pana/Pani obecność w tym miejscu w kwalifikującym okresie; **albo**
- Przedłożyć podpisane przez siebie pisemne oświadczenie, w którym potwierdzi Pan/Pani pod groźbą kary za krzywoprzysięstwo szczegóły dotyczące miejsca i czasu przebywania na obszarze katastrofy w mieście Nowy Jork. Pana/Pani pismo musi również zawierać szczegółowe informacje na temat działań podjętych przez Pana/Panią w celu uzyskania kopii swojej dokumentacji **oraz** powodów, dla których nie jest Pan/Pani w stanie ich przedłożyć.

**Uwaga: Złożenie zgłoszenia bez dokumentacji uzupełniającej będzie skutkowało opóźnieniem decyzji o zakwalifikowaniu.** W przypadku pytań prosimy dzwonić pod numer 1-888-982-4748 albo odwiedzić stronę [www.cdc.gov/wtc/documentation.html](http://www.cdc.gov/wtc/documentation.html).

## Informacje dodatkowe

Przekazanie tej informacji jest dobrowolne.

### Numer identyfikacyjny nadany przez rząd

Prosimy o podanie **jednego** z poniższych:

Numer ubezpieczenia społecznego: \_\_\_\_\_

Stanowy numer identyfikacyjny/numer prawa jazdy i stan, w którym go wydano: \_\_\_\_\_

Numer paszportu i kraj wydania: \_\_\_\_\_ Inny (podać rodzaj dokumentu tożsamości): \_\_\_\_\_

Wolę nie podawać Numeru identyfikacyjnego nadanego przez rząd  
(Wybranie tej opcji nie wpłynie na decyzję o włączeniu Pana/Pani do programu)

### Członkostwo w organizacjach

Proszę wyszczególnić wszelkie organizacje zawodowe, stowarzyszenia lub związki, których był Pan/była Pani członkiem w dniu 11 września albo później. W przypadku związku, proszę podać numer lokalny, jeżeli istnieje. Informacje te mogą pomóc ustalić, jakiego rodzaju dokumentacja uzupełniająca może być dostępna w celu poparcia Pana/Pani wniosku.

---



---



---

### Odszkodowania dla pracowników

Czy składał Pan/ składała Pani wniosek o odszkodowanie pracownicze albo z tytułu innego urazu w związku z wykonywaniem pracy bądź świadczeń chorobowych z powodu urazów lub chorób spowodowanych narażeniem bądź czynnościami wykonywanymi w rezultacie wydarzeń z 11 września 2001 roku?  Tak  Nie

Jeżeli tak, w jakim stanie i kiedy złożył Pan/złożyła Pani taki wniosek? \_\_\_\_\_

### Komunikacja

Skąd dowiedział się Pan/dowiedziała się Pani o Programie Opieki Zdrowotnej WTC (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe odpowiedzi)?  Telewizja/Radio/Wydrukowana reklama  Przez Internet  Media społecznościowe

Tel. służbowy  Związek zawodowy  Przyjaciel/przyjaciółka  Rejestr Zdrowotny WTC  Kancelaria prawna  VCF  
 Partner pomocy potrzebującym \_\_\_\_\_  Inne \_\_\_\_\_

Nie pisać w tym miejscu

## Oświadczenie i podpis

Proszę uważnie przeczytać poniższe oświadczenie, a następnie umieścić parafki i złożyć podpis w wyznaczonych miejscach.

### Umieszczając parafki i składając podpis, potwierdzam, że:

- \_\_\_\_\_  
Inicjały
- Niniejszym składam wniosek do Programu Opieki Zdrowotnej WTC i udzielam zgody na wykorzystywanie moich danych osobowych przez właściwe agencje rządu federalnego i wykonawców rządu federalnego w celu ustalenia, czy spełniam kryteria kwalifikacyjne do włączenia do Programu Opieki Zdrowotnej WTC. Dane te są również wykorzystywane do tego, aby – w przypadku włączenia mnie do Programu – mieć pewność, że świadczenia i usługi w ramach Programu są zapewniane w odpowiedni sposób, a płatności za usługi w Programie są prawidłowo przetwarzane.
- \_\_\_\_\_  
Inicjały
- Udzieliłem/Udzieliłam zgodnych z prawdą odpowiedzi na pytania w tym wniosku i uważam, że spełniam kryteria kwalifikacyjne dla Osoby ocalałej z ataku na WTC w ramach Programu Opieki Zdrowotnej WTC.
- \_\_\_\_\_  
Inicjały
- Potwierdzam przeczytanie informacji w (załączonych) Informacjach o Programie, w których zawarto ważne informacje dotyczące świadczeń, usług, regulacji i prywatności w ramach Programu.
- \_\_\_\_\_  
Inicjały
- Rozumiem, że 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 dotyczącego 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 (*Podpisy elektroniczne nie są akceptowane*)

\_\_\_\_\_  
DATA

**Wniosek i dokumentację uzupełniającą można wysłać faksem na numer 1-877-646-5308 albo wysłać pocztą na następujący adres:**

**Przesyłka pocztowa w USA:**

WTC Health Program  
P.O. Box 7000  
Rensselaer, NY 12144

**Usługi transportowe albo list polecony:**

WTC Health Program  
327 Columbia Turnpike  
Rensselaer, NY 12144

**Uwaga:** Wniosków nie można składać drogą elektroniczną. Proszę zapisać kopię swojego wypełnionego wniosku do własnej dokumentacji. Zaleca się również przyniesienie kopii wniosku na pierwszą wizytę.

Jeżeli potrzebuje Pan/Pani pomocy ze złożeniem wniosku albo ma inne pytania związane z Programem, proszę zadzwonić na infolinię Programu Opieki Zdrowotnej WTC pod numer 1-888-982-4748. Informacje o Programie wymienione powyżej są również dostępne pod adresem [www.cdc.gov/wtc](http://www.cdc.gov/wtc).

### Jaki jest następny krok?

Po złożeniu przez Pana/Panią wniosku Program Opieki Zdrowotnej WTC:

- Wyśle Panu/Pani pocztą pismo potwierdzające odbiór wniosku w ciągu 30 dni od odbioru wniosku;
- Skontaktuje się z Panem/Panią telefonicznie albo drogą pocztową, jeżeli wymagane będą dodatkowe informacje czy dokumenty;
- Zweryfikuje dane we wniosku i ustali, czy spełnia Pan/Pani kryteria kwalifikacyjne na podstawie podanych informacji.

Po odebraniu i zweryfikowaniu wszystkich niezbędnych informacji Program podejmie decyzję dotyczącą spełniania przez Pana/Panią kryteriów kwalifikacyjnych i powiadomi Pana/Panią o niej drogą pocztową. W przypadku włączenia Pana/Pani do Programu pismo z decyzją będzie zawierać informacje dotyczące dostępnych dla Pana/Pani Centrów Klinicznej Doskonałości i Ogólnokrajowej Sieci Usługodawców.

Jeżeli w ciągu 30 dni od złożenia wniosku nie otrzyma Pan/Pani pisma potwierdzającego odbiór wniosku, proszę zadzwonić pod numer 1-888-982-4748.



# Informacje dotyczące wymogów Programu Opieki Zdrowotnej WTC

## Wymogi, usługi i świadczenia dotyczące Programu Opieki Zdrowotnej WTC

Zakres usług świadczonych w ramach Programu Opieki Zdrowotnej World Trade Center (WTC) – programu ograniczonych świadczeń opieki zdrowotnej:

Włączone do Programu osoby ocalałe kwalifikujące się do badań przesiewowych uzyskują:

- Jednorazową wstępną ocenę stanu zdrowia
  - Jeśli w ramach wstępnej oceny stanu zdrowia nie zostanie stwierdzona choroba zatwierdzona a osoba ocalała wyrazi chęć poddania się w przyszłości dodatkowej ocenie stanu zdrowia pod kątem nowej choroby potencjalnie związanej z atakiem na WTC, wówczas może ponieść jej koszty samodzielnie albo skorzystać z podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego w celu pokrycia kosztów oceny przeprowadzonej przez lekarza Programu Opieki Zdrowotnej WTC w przeszłości.

**Włączeni do Programu pracownik służb pierwszego reagowania i osoby ocalałe z zatwierdzoną chorobą** (osoby ocalałe ze schorzeniem znajdującym się na zatwierdzonej liście chorób związanych z WTC) uzyskują:

- Coroczne badania kontrolne;
- Leczenie schorzeń fizycznych i psychicznych w przypadku schorzeń znajdujących się na zatwierdzonej liście chorób związanych z WTC; oraz
- Doradztwo w zakresie świadczeń.

Badania przesiewowe pod kątem nowotworów są dostępne dla wszystkich członków Programu Opieki Zdrowotnej WTC (z wyjątkiem członków rodziny funkcjonariuszy Straży Pożarnej Miasta Nowy Jork) spełniających kryteria dotyczące wieku i czynnika ryzyka, które zostały określone w wytycznych sporządzonych przez Zespołu ekspertów oceniających skuteczność medycyny zapobiegawczej (U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF).

Świadczenia są udzielane przez Centra Klinicznej Doskonałości (Clinical Centers of Excellence, CCE) w obszarze metropolitalnym Nowego Jorku (NY) albo przez Ogólnokrajowa Sieć Usługodawców (Nationwide Provider Network, NPN). Administrator Programu Opieki Zdrowotnej WTC, wyznaczony na dyrektora Krajowego Instytutu Bezpieczeństwa i Higieny Pracy (ang. The National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH), określa spełnianie kryteriów kwalifikacyjnych do włączenia do programu oraz zatwierdza chorobę włączanego uczestnika na potrzeby leczenia.

## Choroby związane z WTC

Ustawa im. Jamesa Zadrogi z 2010 r. o opiece zdrowotnej i odszkodowaniach 9/11 (Ustawa Zadrogi), na mocy której ustanowiono Program Opieki Zdrowotnej WTC, określa oryginalną Listę chorób związanych z WTC (Listę) objętych leczeniem (punkty 3312(a)(3) i 3322(b) Ustawy o publicznej służbie zdrowia [Public Health Service Act]). Administrator Programu Opieki Zdrowotnej WTC może umieścić dodatkowe choroby na Liście w ramach procesu stanowienia prawa. Więcej informacji na temat chorób objętych ustawą można uzyskać na stronie [www.cdc.gov/wtc/conditions.html](http://www.cdc.gov/wtc/conditions.html).

## Usługi diagnostyczne oraz leczenie

Program Opieki Zdrowotnej WTC zapewnia włączonym do programu pracownikom służb pierwszego reagowania coroczne medyczne badania kontrolne. Coroczne medyczne badania kontrolne są zapewniane pracownikom służb pierwszego reagowania z zatwierdzoną chorobą związaną z WTC, zwanym dalej osobami ocalałymi z zatwierdzoną chorobą. Medyczne badania kontrolne mają na celu wykrycie objawów i chorób, które mogą być związane z atakiem na WTC, i obejmują badanie przedmiotowe, badania oddychania, ocenę zdrowia psychicznego, ocenę narażenia, rutynowe badania krwi i moczu, które nie obejmują badania pod kątem narkotyków ani wirusa HIV, a w razie konieczności skierowanie na leczenie. Kwalifikujący się pracownicy służb pierwszego reagowania i osoby ocalałe z zatwierdzoną chorobą, w tym osoby kwalifikujące się w ramach poprzednich programów, będą poddawani tym kontrolnym świadczeniom i leczeniu niezbędnemu z medycznego punktu widzenia zarówno w związku z zatwierdzonymi chorobami związanymi z WTC, jak i określonymi pokrewnymi medycznie chorobami.

Jeśli na podstawie wstępnej oceny stanu zdrowia albo badania w ramach medycznych badań kontrolnych lekarz Programu Opieki Zdrowotnej WTC stwierdzi, że u uczestnika występuje choroba związana z WTC, Administrator Programu Opieki Zdrowotnej WTC musi najpierw zatwierdzić chorobę w celu objęcia jej programem i zatwierdzenia zapewnionego leczenia. Leczeniu w ramach programu są poddawane osoby, u których występują choroby znajdujące się na zatwierdzonej liście chorób związanych z WTC oraz niektóre choroby powiązane medycznie z chorobami znajdującymi się na zatwierdzonej liście chorób związanych z atakiem na WTC. Leczenie choroby znajdującej się na zatwierdzonej liście chorób związanych z WTC musi zostać zapewnione przez zrzeszonego świadczeniodawcę Programu Opieki Zdrowotnej WTC.

Te świadczenia są świadczeniami dobrowolnymi na rzecz uczestników Programu. Uczestnicy mogą wycofać się z Programu Opieki Zdrowotnej WTC w dowolnym czasie, bez skutków finansowych i innych, z wyjątkiem utraty usług świadczonych w ramach Programu.

## Świadczenia apteczne

Uczestnicy mają prawo do świadczeń aptecznych dla zatwierdzonych chorób związanych z atakiem na WTC, albo chorób medycznie powiązanych z atakiem. W ramach Programu Opieki Zdrowotnej WTC wybierany jest jeden lub kilku dostawców leków i możliwa jest zmiana, według uznania osób realizujących program, dostawcy leków w dowolnym czasie.

## Wynagrodzenie za Usługi

Program Opieki Zdrowotnej WTC pokryje koszty opieki koniecznej ze względów medycznych udzielanej przez świadczeniodawców w ramach Programu w przypadku chorób znajdujących się na zatwierdzonej liście chorób związanych z WTC oraz koordynuje płatności z wszelkimi innymi prywatnymi albo publicznymi planami opieki zdrowotnej (np.: Medicare).

Dla pracowników służb pierwszego reagowania Program jest pierwszym płatnikiem pokrywającym koszty z tytułu całości monitorowania i leczenia, płacącym za wszelkie świadczenia udzielone w ramach Programu, o ile pracownik służb pierwszego reagowania nie posiada przyznanego odszkodowania pracowniczego Workers' Compensation z tytułu chorób znajdujących się na zatwierdzonej liście chorób. Jeżeli przyznano odszkodowanie pracownicze Workers' Compensation z tytułu występujących u pracownika służb pierwszego reagowania chorób znajdujących się na zatwierdzonej liście chorób związanych z atakiem na WTC, fundusz odszkodowań dla pracowników będzie pierwszym płatnikiem. Program Opieki Zdrowotnej WTC jest zobowiązany do ograniczenia albo dochodzenia zwrotu kosztów leczenia choroby związanej z WTC, jeżeli choroba ta jest objęta odszkodowaniem pracowniczym Workers' Compensation albo innym podobnym planem ubezpieczeniowym dotyczącym przypadków uszczerbku na zdrowiu albo choroby w związku z wykonywaniem pracy. W przypadku pracowników służb pierwszego reagowania leczonych w ramach Programu na choroby znajdujące się na zatwierdzonej liście chorób związanych z WTC, którzy nie otrzymują odszkodowania pracowniczego Workers' Compensation z tytułu tej choroby, Programu Opieki Zdrowotnej WTC jest pierwszym płatnikiem.

W przypadku osób ocalałych Program opłaca całość kosztów wstępnej oceny stanu zdrowia, oraz, jeżeli osoby spełniają kryteria, koszty corocznych badań kontrolnych. W przypadku leczenia chorób znajdujących się na zatwierdzonej liście chorób związanych z WTC Program jest drugim płatnikiem. Oznacza to, że Program wystawi rachunek w pierwszej kolejności prywatnemu ubezpieczycielowi osoby ocalałej, a w drugiej kolejności publicznemu programowi opieki zdrowotnej (np. Medicare albo Medicaid). Program pokryje wszelkie kwoty pozostałe po pokryciu kosztów usług zdrowotnych z innych ubezpieczeń zdrowotnych. Jeżeli osoba ocalała cierpi na chorobę znajdującą się na zatwierdzonej liście chorób związanych z WTC, która jest związana z pracą, oraz ma roszczenie o odszkodowanie pracownicze Workers' Compensation z tytułu tej choroby, Program wyjściowo pokryje koszty, a następnie będzie dochodził zwrotu kosztów od ubezpieczyciela wypłacającego odszkodowanie pracownicze Workers' Compensation albo w drodze ugody, w zależności od sytuacji.

W ramach programu mogą być udostępniane chronione informacje dotyczące zdrowia uczestników lub informacje pozwalające zidentyfikować tożsamość (np. dokumentacja medyczna) potencjalnym płatnikom kosztów leczenia. W ramach Programu Opieki Zdrowotnej WTC można wymieniać chronione informacje dotyczące zdrowia i/lub osobowe informacje umożliwiające identyfikację ośrodkom świadczącym usługi Medicare i Medicaid (ang. Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) i wykonawcom Programu Opieki Zdrowotnej WTC dla potrzeb związanych z płatnością.

Uwaga: Program Opieki Zdrowotnej WTC nie zastępuje osobistego ubezpieczenia zdrowotnego. Program Opieki Zdrowotnej WTC jest ograniczony do świadczeń zdrowotnych i zapewnia wyłącznie leczenie chorób znajdujących się na zatwierdzonej liście chorób związanych z WTC. Program Opieki Zdrowotnej WTC nie zapewnia pełnego spektrum ogólnej opieki zdrowotnej ani nie zastępuje wizyt u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej uczestnika albo innego pracownika służby zdrowia.

Uczestnictwo w Programie Opieki Zdrowotnej WTC nie uniemożliwia leczenia u swoich lekarzy lub korzystania z porad lekarskich bądź leczenia w innej placówce na własny koszt. Pracownicy służb pierwszego reagowania oraz Osoby ocalałe mają obowiązek poddać się koniecznym badaniom kontrolnym i leczeniu na własny koszt w przypadku wszelkich schorzeń, które nie są związane z atakiem na WTC albo nie zostały wstępnie zatwierdzone przez świadczeniodawcę uczestnika Programu Opieki Zdrowotnej WTC ani Program Opieki Zdrowotnej WTC.

## Ustawa o dostępności służby zdrowia

Ustawa o dostępności służby zdrowia (ACA), niekiedy określana jako Obamacare, została wprowadzona 1 stycznia 2014 r. ACA nakłada na wszystkich obowiązek posiadania minimalnego koniecznego ubezpieczenia zdrowotnego przy braku zatwierdzonych wyłączeń. Ustawa Zadrogi nakłada na uczestników Programu obowiązek spełnienia wymogów ACA od 1 lipca 2014 r.

Należy skontaktować się ze specjalnie przeszkolonym doradcą ACA (lub pośrednikiem) w celu uzyskania bezpośredniej pomocy przy wyborze ubezpieczenia oraz właściwego wariantu opieki zdrowotnej:

1. Federalni doradcy ACA są dostępni pod numerem 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325) 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu (z wyjątkiem świąt); albo:
2. doradcy ACA Stanu Nowy Jork są dostępni pod numerem 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220) od poniedziałku do piątku (8:00-20:00 oraz w soboty 9:00-13:00); albo
3. pomoc/agentów ubezpieczeniowych w danej okolicy można znaleźć na żądanie pod adresem [localhelp.healthcare.gov](http://localhelp.healthcare.gov)

Informacje znaleźć można również na federalnej stronie ACA pod adresem [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov) oraz na stronie ACA stanu Nowy Jork pod adresem: [nystateofhealth.ny.gov](http://nystateofhealth.ny.gov).

## Wnioski

Pracownicy Programu Opieki Zdrowotnej WTC będą przeprowadzać ocenę wniosku według kolejności zgłoszeń.

## Lista obserwowanych terrorystów

Ustawa Zadrogi nakłada na Administratora Programu Opieki Zdrowotnej WTC obowiązek określenia, czy wnioskodawca ubiegający się o członkostwo w Programie figuruje na Liście Osób Podejrzanych o Terroryzm (znanej również jako lista obserwowanych terrorystów) przed objęciem Programem. Administrator Programu Opieki Zdrowotnej WTC skonsultuje się z Departamentem Sprawiedliwości w celu określenia czy wnioskodawca figuruje na liście obserwowanych terrorystów. Osoby figurujące na tej liście nie kwalifikują się do objęcia Programem Opieki Zdrowotnej WTC, o również pracowników służb pierwszego reagowania i osób ocalałych uprawnionych do leczenia i świadczeń w ramach innych programów dotyczących ataków na WTC. Więcej informacji na temat listy obserwowanych terrorystów jest dostępne na stronie:

[www.fbi.gov/about/leadership-and-structure/national-security-branch/tsc](http://www.fbi.gov/about/leadership-and-structure/national-security-branch/tsc).

Każdorazowe ujawnienie Departamentowi Sprawiedliwości danych umożliwiających zidentyfikowanie tożsamości osoby będzie ograniczone do zakresu koniecznego do stwierdzenia ujęcia danej osoby na liście obserwowanych terrorystów. Informacje umożliwiające identyfikację danych osobowych zostaną zniszczone lub zwrócone do Programu Opieki Zdrowotnej WTC po stwierdzeniu, że dana osoba nie znajduje się na liście obserwowanych terrorystów.

## Proces odwoławczy

Uczestnicy mający prawo wnieść odwołanie od decyzji Administratora Programu Opieki Zdrowotnej WTC (Administratora) dotyczącej objęcia Programem, zatwierdzenia chorób, zapewnienia leczenia oraz świadczeń. Osoba albo jej wyznaczony przedstawiciel mogą odwołać się od decyzji na piśmie w terminie 120 dni od daty dostarczenia pisma z decyzją dotyczącą objęcia Programem. W odwołaniu należy podać uzasadnienie, na którym uczestnik opiera się twierdząc, że decyzja była niewłaściwa; odwołanie musi również spełniać inne wymogi. Odwołania dotyczące polityki Programu, regulaminów albo przepisów prawa nie będą rozpatrywane. Uwaga: Uczestnicy nie mają prawa do odwołania od podjętego przez świadczeniodawcę w ramach Programu ustalenia, że nie spełniają w satysfakcjonującym stopniu kryteriów zatwierdzenia chorób i że wnioski o zatwierdzenie nie zostaną złożone.

Po otrzymaniu prawidłowo sformułowanego odwołania, Administrator wyznaczy niezależnego od Programu urzędnika federalnego do oceny przypadku i sformułowania rekomendacji. Urzędnik federalny może wziąć pod uwagę nowe informacje, które nie były wcześniej przedłożone we wniosku ani wzięte pod uwagę przez Program Opieki Zdrowotnej WTC. Administrator dokona oceny rekomendacji urzędnika federalnego oraz podejmie ostateczną decyzję w sprawie odwołania.

Administrator może ponownie dokonać oceny odmowy i jej ponownego rozważenia w dowolnym czasie. Odwołanie dotyczące odmowy udzielenia uprawnień wynikające z listy obserwowanych terrorystów zostanie skierowane do odpowiedniej agencji federalnej.

## Fundusz odszkodowań dla ofiar 11 września (VCF)

Fundusz Odszkodowawczy dla Ofiar 11 września (ang. September 11th Victim Compensation Fund, VCF) wypłaca odszkodowania finansowe osobom (albo osobistemu przedstawicielowi osoby zmarłej), które były obecne na terenie World Trade Center albo w Strefie narażenia w Nowym Jorku (patrz [www.vcf.gov/nyc-map-exposure-zone](http://www.vcf.gov/nyc-map-exposure-zone)); na miejscu katastrofy w Pentagonie; albo na miejscu katastrofy w Shanksville w stanie Pennsylvania, pomiędzy 11 września 2001 r. a 30 maja 2002 r. oraz u których od tego czasu rozpoznano schorzenia fizyczne związane z atakami z 11 września. VCF nie wypłaca odszkodowania za choroby psychiczne i nie rozróżnia między pracownikami służb pierwszego reagowania a osobami ocalałymi.

VCF administruje Departament Sprawiedliwości i jest on osobnym programem federalnym na mocy przepisów Ustawy Zadrogi. Objęcie Programem Opieki Zdrowotnej WTC nie powoduje Państwa automatycznej rejestracji do VCF. Więcej informacji można uzyskać, odwiedzając stronę VCF pod adresem [www.vcf.gov](http://www.vcf.gov) albo dzwoniąc pod numer 1-855-885-1555.

Pracownicy służb pierwszego reagowania lub osoby ocalałe, które ubiegały się o świadczenia Programu Opieki Zdrowotnej WTC, mogą także ubiegać się o świadczenia w ramach Funduszu Odszkodowań dla Ofiar. VCF nakłada na wnioskodawców obowiązek podpisania formularza upoważnienia zezwalającego Departamentowi Sprawiedliwości na udostępnianie chronionych danych dotyczących stanu zdrowia lub danych umożliwiających ustalenie tożsamości (w tym dokumentacji medycznej) innym podmiotom, takim jak Program Opieki Zdrowotnej WTC. Dlatego też Program Opieki Zdrowotnej WTC może udostępnić VCF chronione dane dotyczące stanu zdrowia lub dane umożliwiające ustalenie tożsamości, jeśli wnioskodawca VCF jest także uczestnikiem Programu Opieki Zdrowotnej WTC.

VCF może również zażądać udostępnienia danych z Programu Opieki Zdrowotnej WTC powiązanych ze schorzeniami znajdującymi się na zatwierdzonej liście schorzeń związanych z WTC i leczeniem uczestnika, na temat zatwierdzenia chorób w Programie Opieki Zdrowotnej WTC albo żądanego zatwierdzenia choroby związanej z WTC uczestnika Programu Opieki Zdrowotnej WTC i uprawnienia uczestnika do leczenia.

Dane dotyczące kosztów i płatności za leczenie uczestnika Programu Opieki Zdrowotnej WTC mogą także zostać udostępnione VCF. Odszkodowanie z VCF, jakie otrzymuje osoba albo do otrzymania jakiego jest uprawniona, w tym w ramach Programu Opieki Zdrowotnej WTC, może zostać pomniejszone o koszt leczenia.



## Centra Klinicznej Doskonałości

Program Opieki Zdrowotnej WTC zawiera umowy z Centrami Klinicznej Doskonałości (CCE) w celu zapewnienia uczestnikom posiadającym uprawnienia wstępnych ocen stanu zdrowia, monitorowania, leczeniem i innych świadczeń. Zgodnie z Ustawą Zadrogi kliniczne ośrodki doskonałości zbierają i przekazują dane, w tym dane na temat wniosków medycznych, ośrodkom danych Programu Opieki Zdrowotnej WTC.

## Ośrodki danych

Zgodnie z Ustawą Zadrogi zawierane są umowy z ośrodkami danych w ramach Programu Opieki Zdrowotnej WTC w celu prowadzenia następujących działań:

1. otrzymywanie, analizowanie i zgłaszanie danych pozyskanych od Centrów Klinicznej Doskonałości i Ogólnokrajowa Sieć Usługodawców (Nationwide Provider Network, NPN) oraz Programu Opieki Zdrowotnej WTC;
2. Prowadzenie badań kontrolnych, wstępna ocena zdrowia oraz protokoły leczenia dotyczące chorób związanych z WTC;
3. Koordynowanie działań klinicznych ośrodków doskonałości w zakresie udzielania pomocy;
4. Określanie kryteriów dotyczących kwalifikowania świadczeniodawców medycznych należących do Ogólnokrajowa Sieć Usługodawców (patrz poniżej);
5. Koordynowanie i administrowanie działaniami komitetów sterujących Programem Opieki Zdrowotnej WTC; oraz
6. Okresowe spotkania z pracownikami klinicznych ośrodków doskonałości w celu uzyskania informacji na temat analizy i zgłaszania danych oraz przebiegu badań kontrolnych, wstępnej oceny stanu zdrowia oraz protokołów leczenia.

## Ogólnokrajowa Sieć Usługodawców (Nationwide Provider Network, NPN)

W ramach Programu Opieki Zdrowotnej WTC zawierane są umowy z Ogólnokrajowa Sieć Usługodawców (Nationwide Provider Network, NPN) w celu zapewnienia wstępnej oceny stanu zdrowia, monitorowania, leczenia i świadczeń dla uczestników posiadających uprawnienia, którzy mieszkają poza obszarem metropolitalnym Nowego Jorku (NY). Takie osoby mogą zdecydować się na pobieranie świadczeń w ramach Programu Opieki Zdrowotnej WTC w Centrum Klinicznej Doskonałości. Świadczeniodawcy zrzeszeni w Ogólnokrajowa Sieć Usługodawców muszą spełniać wymagania ustanowione przez Ośrodki Danych. Podobnie jak Centra Klinicznej Doskonałości, Ogólnokrajowa Sieć Usługodawców gromadzi i zgłasza dane, w tym dane dotyczące roszczeń, do Ośrodków Danych.

## Wyznaczeni przedstawiciele

Pracownicy służb pierwszego reagowania i osoby ocalałe mogą wyznaczyć osobę, która będzie działała w ich imieniu i reprezentowała ich interesy administracyjne w ramach Programu Opieki Zdrowotnej WTC. Wyznaczony przedstawiciel może przekazywać i odbierać dane osobowe dotyczące Pana/Pani wniosku do Programu Opieki Zdrowotnej WTC, Pana/Pani świadczeń i Pana/Pani uczestnictwa w Programie. Wyznaczony przedstawiciel może również wnioskować albo przekazywać Programowi informacje dotyczące Pana/Pani uprawnień, zatwierdzenia chorób albo innych kwestii administracyjnych w ramach Programu Opieki Zdrowotnej WTC, w tym odwołań.

Każda osoba (nie grupa ani firma) może stać się wyznaczonym przedstawicielem, jeśli jej usługi jako osoby wyznaczonej nie naruszają żadnego mającego zastosowanie przepisu prawnego. Uczestnicy mogą mieć w danym momencie tylko 1 (jednego) wyznaczonego przedstawiciela. Rodzic lub kurator może występować w imieniu osoby małoletniej starającej się odbyć badania kontrolne lub leczenie w ramach Programu Opieki Zdrowotnej WTC.

Wyznaczając przedstawiciela, upoważnia Pan/Pani Program Opieki Zdrowotnej WTC do ujawniania tej osobie swoich danych osobowych i zezwala Pan/Pani na to, że ta osoba będzie Pana/Pani przedstawicielem we wszelkich sprawach dotyczących Pana/Pani uczestnictwa w Programie Opieki Zdrowotnej WTC oraz pozyskiwania lub przekazywania informacji dotyczących Państwa członkostwa i udziału w Programie Opieki Zdrowotnej WTC, w tym kopii danych medycznych i informacji znajdujących się w Państwa dokumentacji dotyczącej Programu. Osobie tej jednak nie wolno podejmować za Państwa decyzji dotyczących pomocy medycznej (np. leczenia).

Uwaga: Wszelkie wymogi związane z przekazaniem Państwu powiadomienia na piśmie przez Program Opieki Zdrowotnej WTC są spełnione, jeżeli powiadomienie jest wysłane do wyznaczonego przedstawiciela. W ramach Programu Opieki Zdrowotnej WTC zwykle nie akceptuje się pełnomocnictwa wystawionego dla celów administracyjnych. Obejmuje to podpisanie lub przesłanie wniosku w imieniu osoby, podpisanie formularzy dotyczących wyznaczenia przedstawiciela w czymś imieniu i nawiązywanie innego rodzaju kontaktów z Programem Opieki Zdrowotnej WTC w imieniu innej osoby.

W celu wyznaczenia przedstawiciela uczestnik musi wypełnić i przesłać formularz dotyczący wyznaczenia przedstawiciela i formularz upoważnienia do wyznaczenia przedstawiciela w Programie zgodnie z Ustawą o przenośności i odpowiedzialności w ubezpieczeniach zdrowotnych z 1996 r. (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Więcej informacji, jak również odpowiednie formularze, można otrzymać pod adresem [www.cdc.gov/wtc/designated\\_representative.html](http://www.cdc.gov/wtc/designated_representative.html) albo telefonicznie pod numerem 1-888-982-4748.

## Zakłócanie spokoju i zachowania obraźliwe

Program Opieki Zdrowotnej WTC zakłada, że wszyscy mają prawo do bezpiecznego środowiska pracy. Zakłócanie spokoju albo zachowania obraźliwe wnioskodawcy albo członka Programu Opieki Zdrowotnej WTC w odniesieniu do placówki albo członków personelu zrzeszonych w Programie (np. Klinicznego Ośrodka Doskonałości (Clinical Center of Excellence, CCE) albo Ogólnokrajowa Sieć Usługodawców (National Provider Network, NPN), świadczeniodawców albo personelu) nie będą tolerowane.

Tego rodzaju zachowania obejmują w szczególności: akty przemocy albo groźby skierowane do członków personelu bądź innych pacjentów, (w tym obelgi albo przemoc fizyczna); niekulturalne albo wulgarne wypowiedzi, (w tym przekleństwa albo krzyki); rzucanie przedmiotami albo potrącanie ich; nękanie albo prześladowanie; ukrywanie albo używanie broni; oraz angażowanie się w działalność przestępczą.

W zależności od okoliczności, w stosunku do członków angażujących się w tego rodzaju zachowania: świadczenia mogą zostać zawieszane przez świadczeniodawcę CCE albo NPN; może być wymagane podpisanie umowy dotyczącej zachowania określającej, jakie warunki muszą spełnić, aby otrzymać świadczenia od swojego świadczeniodawcy; może być wymagane przeniesienie do innego świadczeniodawcy CCE albo NPN; albo mogą zostać podjęte inne stosowne czynności, w tym zaangażowanie organów ścigania w razie potrzeby.

Program ma na celu zapewnienie wysokiej jakości empatycznej opieki dla członków z potrzebami związanymi z atakiem na WTC. Jednak zakłócanie spokoju i zachowania obraźliwe mogą wpłynąć na możliwość szybkiego uzyskania przez Państwa świadczeń w ramach Programu.

## Kary

Jeśli Pracownik służb pierwszego reagowania albo Osoba ocalała rozmyślnie i dobrowolnie przekazuje nieprawdziwe dane do Programu Opieki Zdrowotnej WTC, w tym we wniosku o włączenie do Programu, osoby te mogą zostać poddane karze grzywny lub pozbawienia wolności w wymiarze nieprzekraczającym pięciu lat.

Dalsze informacje dotyczące Programu Opieki Zdrowotnej WTC są zawarte w ustawie dotyczącej kwalifikacji do programu oraz przepisach federalnych (patrz rozdział Ustawy XXXIII o usługach w zakresie zdrowia publicznego rozdział 42 Kodeksu Stanów Zjednoczonych §§ 300 mm – 300 mm-61; 42 Kodeksu Przepisów Federalnych, część 88). Łączy do statutu i przepisów federalnych są dostępne pod adresem [www.cdc.gov/wtc/laws.html](http://www.cdc.gov/wtc/laws.html).

*Ostatnia aktualizacja – grudzień 2021*

## Oświadczenie w ramach Ustawy o prywatności oraz przedstawienie dodatkowego dozwolonego ujawnienia informacji umożliwiających identyfikację osoby i dokumentacji

Zgodnie z ustawą o prywatności z roku 1974 wraz ze zmianami (rozdział 5 Kodeksu Stanów Zjednoczonych § 552a), zostaje Pan/Pani powiadomiony(-a), że Program Opieki Zdrowotnej WTC jest administrowany przez Departament Zdrowia i Usług Socjalnych (Department of Health and Human Services (HHS)) który otrzymuje i przechowuje informacje osobowe o osobach składających wnioski na mocy uprawnień prawnych określonych w 42 rozdziale Kodeksu Stanów Zjednoczonych §§ 300 mm – 300 mm-61. Otrzymane informacje powinny określać uprawnienia oraz kwalifikacje do Programu Opieki Zdrowotnej WTC oraz do wszystkich kolejnych wstępnych ocen zdrowia, badań kontrolnych i leczenia lub innych świadczeń w ramach Programu Opieki Zdrowotnej WTC. Jeżeli te informacje nie zostaną przekazane, może to uniemożliwić lub opóźnić proces rozpatrywania wniosku lub określenia uznania uprawnień.

W uzupełnieniu do zastosowań Programu Opieki Zdrowotnej WTC przedstawionego powyżej oraz w sposób dozwolony w ustawie o prywatności informacje i dokumentacja dotycząca pracowników służb pierwszego reagowania oraz osób ocalałych złożona w ramach Programu Opieki Zdrowotnej WTC lub opracowana w jego ramach może być przekazywana określonym osobom lub jednostkom w celu określonych standardowych zastosowań, w tym:

1. Departamentowi Sprawiedliwości w razie postępowania sądowego, w które zaangażowany jest Departament Zdrowia i Usług Społecznych (HHS), jego dowolna część lub pracownik bądź Stany Zjednoczone. Takie informacje można przedstawić Departamentowi Sprawiedliwości w celu umożliwienia mu skutecznej obrony pod warunkiem, że informacje te są zgodne z celem zbierania dokumentacji;
2. Departamentowi Sprawiedliwości i jego wykonawcom w celu udzielania pomocy w zakresie kontroli zgodnej z prawnym wymogiem obserwacji listy terrorystów według 42 rozdziału Kodeksu Stanów Zjednoczonych §§ 300 mm-21 oraz 300 mm-31 oraz ewentualnej kwalifikacji danej osoby do Programu Opieki Zdrowotnej WTC;
3. Departamentowi Sprawiedliwości, w celu realizacji Rozdziału II Ustawy Zadrogi dotyczącej Funduszu Odszkodowawczego dla Ofiar 11 września (ang. September 11th Victim Compensation Fund, VCF) w zakresie zapewniania informacji związanych z kwalifikacją danej osoby w Programie Opieki Zdrowotnej WTC; decyzja Administratora Programu WTC w zakresie kwalifikacji choroby związanej z WTC lub stwierdzenia, czy dane schorzenie jest medycznie powiązane ze schorzeniem powiązaniem z atakami na WTC oraz decyzje Administratora Programu dotyczące zezwolenia na leczenie i płatności za badania zdrowotne, badania kontrolne i leczenie;

4. Wykonawcom realizującym umowę z Departamentem Zdrowia i Usług Społecznych lub pracującym w jej ramach, którzy potrzebują dostępu do informacji w celu realizacji obowiązków lub działań na rzecz Departamentu Zdrowia i Usług Społecznych (zgodnie z prawem i umową);
5. Agencjom federalnym lub podmiotowi będącemu pod jurysdykcją rządową, który administruje i ma kompetencje do badania potencjalnych oszustw, marnowania lub nadużywania programu świadczeń zdrowotnych administrowanych przy wykorzystaniu funduszy federalnych. Ujawnienie takich informacji przez Program Opieki Zdrowotnej WTC w celu zapobiegania, powstrzymania, odkrywania, zbadania, wykrywania, prowadzenia postępowania sądowego lub zaskarżenia, obronienia, skorygowania, bronięcia przed oszustwami, marnotrawstwem lub nadużyciem i walką z tymi zjawiskami w ramach Programu Opieki Zdrowotnej WTC należy odpowiednio uzasadnić jako konieczne;
6. Krajowe i miejscowe władze zdrowotne mogą otrzymywać informacje o niektórych chorobach lub narażeniu, w których państwo ustanowiło na drodze prawnej program sprawozdawczy dla chorób zakaźnych zapewniający poufność informacji. Może on obejmować oficjalne rejestry państwowe;
7. Członkom Kongresu lub pracownikom członków Kongresu, którzy przedstawili zweryfikowaną prośbę dotyczącą osoby, która ma prawo do informacji i która zwróciła się o pomoc do członka Kongresu lub pracownika członka Kongresu;
8. Przedstawicielowi osobistemu uczestnika programu, jeżeli uczestnik ten upoważnił daną osobę do reprezentowania go w zakresie objętym przez Program Opieki Zdrowotnej WTC. Uczestnik programu może wyznaczyć na piśmie jedną osobę do reprezentowania jego interesów w ramach Programu. Jeżeli uczestnik programu jest osobą małoletnią, to w jego imieniu może występować rodzic lub kurator;
9. Badaczom współpracującym z Krajowym Instytutem Bezpieczeństwa i Higieny Pracy (ang. The National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH) (np. wykonawcom NIOSH, osobom otrzymującym dotacje, stronom umów o współpracy, naukowcom zatrudnionym przez władze federalne lub państwowe) w celu osiągnięcia celu badań, dla którego zebrano dokumentację;
10. Administracji Bezpieczeństwa Socjalnego w związku z działaniami w zakresie zdrowia publicznego, dla źródeł lokalizujących informacje w celu realizacji badań lub dokumentacji, dla których zebrano dokumentację; oraz
11. Odpowiednim podmiotom w celu zmniejszenia lub zwrotu płatności w ramach Programu Opieki Zdrowotnej WTC za leczenie płatne z ustawy dotyczącej odszkodowań pracowniczych Workers' Compensation lub planu Ustawy, Stanów Zjednoczonych, stanu, miejscowości lub innego planu takiego pracodawcy dotyczącego obrażeń lub chorób związanych z pracą lub publicznych albo prywatnych planów ochrony zdrowia zgodnie z wymogami 42 rozdziału Kodeksu Stanów Zjednoczonych § 300 mm-41.

Aktualny System Powiadamiania o Dokumentacji (SORN) został opublikowany w Rejestrze Federalnym w dniu 14 stycznia, 2011 r., 76 Fed. Reg. 34706 i obejmuje wymienione powyżej ujawnienie informacji zgodnie z wymogami Ustawy o prywatności. Aktualny system SORN oraz wszelkie przyszłe aktualizacje są dostępne pod następującym adresem internetowym: <https://www.cdc.gov/SORNnotice/09-20-0147.htm>. Zmiany do aktualnego systemu SORN mogą obejmować dodatkowe ujawnienie informacji osobowych.

### **Powiadomienie o polityce prywatności dotyczącej Państwa informacji osobowych w zakresie zdrowia**

To powiadomienie opisuje sposób wykorzystania informacji medycznych o Państwie oraz sposób, w jaki można uzyskać dostęp do tych informacji. Należy dokładnie zapoznać się z tymi informacjami.

Na mocy Ustawy o przenośności i odpowiedzialności w ubezpieczeniach zdrowotnych (ang. Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) z 1996 r. personel Programu Opieki Zdrowotnej World Trade Center (WTC) jest prawnie zobowiązany do zachowania poufności i bezpieczeństwa informacji o Państwie zdrowiu oraz do poinformowania Państwa o swoich wynikających z prawa obowiązkach i polityce prywatności w odniesieniu do sposobu, w jaki informacje na temat stanu Państwa zdrowia przechowywane będą wykorzystywane i ujawniane przez personel Programu Opieki Zdrowotnej WTC.

### **W jaki sposób wykorzystujemy i udostępniamy informacje dotyczące Państwa stanu zdrowia?**

W ramach Programu Opieki Zdrowotnej WTC konieczne jest wykorzystywanie i udostępnianie informacji dotyczących Państwa stanu zdrowia, aby przekazać informacje:

- Państwu, osobie wyznaczonej przez Pana/Panią do otrzymania informacji dotyczących Państwa stanu zdrowia lub osobie prawnie upoważnionej do występowania w Państwa imieniu (ze strony Programu Opieki Zdrowotnej WTC upewnimy się, że dana osoba posiada stosowne upoważnienie przed podjęciem jakichkolwiek działań);
- w razie konieczności, Sekretarzowi Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej (ang. Department of Health and Human Services, HHS) w celu zapewnienia ochrony Państwa prywatności i spełnienia wymogów ustawy HIPAA; oraz
- w przypadkach wymaganych zgodnie z prawem.

## W jaki inny sposób wykorzystujemy i udostępniamy informacje dotyczące Państwa stanu zdrowia?

W ramach Programu Opieki Zdrowotnej WTC mogą zostać wykorzystane i udostępnione informacje dotyczące Państwa stanu zdrowia w celu zapewnienia Państwu leczenia, opłacenia Państwa opieki zdrowotnej i na potrzeby funkcjonowania Programu Opieki Zdrowotnej WTC. W ramach Programu Opieki Zdrowotnej WTC informacje dotyczące Państwa stanu zdrowia mogą zostać na przykład wykorzystane lub udostępnione w następujący sposób:

- Personel Programu Opieki Zdrowotnej WTC będzie zbierać i wykorzystywać informacje dotyczące Państwa stanu zdrowia w celu zdecydowania, czy spełnione są wymogi do objęcia Programem Opieki Zdrowotnej występującej(-ych) u Państwa choroby lub chorób. Schorzenia, które spełniają takie warunki, będą zatem „zatwierdzone” w Programie Opieki Zdrowotnej WTC.
- Personel Programu Opieki Zdrowotnej WTC będzie zbierać i wykorzystywać informacje dotyczące Państwa stanu zdrowia w celu postawienia diagnozy i ustalenia wszelkiego leczenia niezbędnego z medycznego punktu widzenia „zatwierdzonych” chorób.
- Personel Programu Opieki Zdrowotnej WTC ujawni informacje dotyczące Państwa stanu zdrowia Działowi ds. zarządzania finansami Ośrodków świadczących usługi Medicare i Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) w celu zapłacenia odpowiednim świadczeniodawcom za kwalifikujące się do pokrycia świadczenia w zakresie opieki zdrowotnej zapewnione Państwu.
- Personel Programu Opieki Zdrowotnej WTC będzie przeglądać i wykorzystywać informacje dotyczące Państwa stanu zdrowia w celu zagwarantowania, że świadczona jest Państwu opieka zdrowotna odpowiedniej jakości.

W ograniczonych okolicznościach personel Programu Opieki Zdrowotnej WTC może wykorzystywać lub udostępniać informacje dotyczące Państwa stanu zdrowia do następujących celów:

- w przypadkach dozwolonych wedle prawa federalnego, innym agencjom federalnym i stanowym, które potrzebują informacji dotyczących stanu zdrowia uczestników Programu Opieki Zdrowotnej WTC na potrzeby ich własnych działań programowych;
- na potrzeby działań w ramach ochrony zdrowia publicznego prowadzonych przez publiczne organy służby zdrowia (np. zgłaszanie występowania choroby);
- na potrzeby czynności w zakresie nadzoru nad opieką zdrowotną (np. czynności wyjaśniające związane z oszustwami i nadużyciami);
- na potrzeby postępowań sądowych lub administracyjnych (np. w odpowiedzi na orzeczenie sądu);
- do celów związanych z egzekwowaniem prawa;
- w celu uniknięcia poważnych i nieuchronnych zagrożeń dla zdrowia i bezpieczeństwa;
- na potrzeby zgłaszania organowi rządowemu informacji na temat ofiar wykorzystywania, zaniedbania lub przemocy domowej;
- na potrzeby zgłaszania informacji na temat osób zmarłych urzędnikowi badającemu przyczyny nagłych zgonów, lekarzowi orzecznikowi lub przedsiębiorcy pogrzebowemu;
- na potrzeby organizacji zajmujących się pobieraniem narządów do celów dawstwa i przeszczepienia narządów lub tkanek;
- do celów badawczych z zachowaniem określonych warunków;
- do celów związanych z odszkodowaniami pracowniczymi Workers' Compensation;
- na potrzeby kontaktu z Państwem w odniesieniu do objęcia Państwa świadczeń opieki zdrowotnej Programem Opieki Zdrowotnej WTC lub zmiany zakresu świadczeń obejmowanych takim programem.

## Jakie są Państwa prawa w odniesieniu do informacji dotyczących Państwa stanu zdrowia?

W zakresie informacji dotyczących Państwa stanu zdrowia przysługują Państwu określone prawa. Zgodnie z przepisami prawa są Państwo uprawnieni do:

- **Otrzymania drukowanej kopii niniejszej informacji o ochronie prywatności.** Mogą Państwo zwrócić się z prośbą o otrzymanie drukowanej kopii niniejszego dokumentu, nawet jeśli otrzymał/-a Pan/Pani wcześniej elektroniczną wersję (np. pocztą e-mail). Na żądanie zapewnimy Państwu niezwłocznie drukowaną kopię dokumentu.
- **Otrzymania wykazu osób/podmiotów, którym udostępnił/-a Państwo informacje dotyczące Państwa stanu zdrowia.** Mogą Państwo zwrócić się z prośbą o otrzymanie listy (ewidencji) przedstawiającej przypadki udostępnienia informacji dotyczących Państwa stanu zdrowia na przestrzeni sześciu lat do daty wystosowania prośby o otrzymanie takiej listy. Lista będzie zawierać informacje dotyczące osób/podmiotów, którym udostępniono Państwa informacje, kiedy je udostępniono i powód takiego udostępnienia. Lista nie będzie zawierała informacji o leczeniu, płatnościach, czynnościach w ramach opieki zdrowotnej ani określonych innych ujawnieniach (np. wszelkich ujawnieniach, o które nas Państwo poprosili). Zostanie zapewniona jedna bezpłatna ewidencja rocznie, ale pobierzemy uzasadnioną opłatę określoną na podstawie poniesionych kosztów, jeżeli w ciągu 12 miesięcy zwróci się Państwo o otrzymanie dodatkowej ewidencji.



- **Otrzymania kopii informacji dotyczących Państwa stanu zdrowia.** Mogą Państwo poprosić o wgląd do swojej dokumentacji medycznej, rejestru szkód i innych posiadanych przez nas informacji zdrowotnych dotyczących Państwa osoby i może Pan/Pani poprosić o otrzymanie ich kopii. Mogą Państwo skontaktować się z nami, korzystając z danych podanych na ostatniej stronie tego dokumentu z informacjami. Kopia lub zestawienie Państwa dokumentacji medycznej i rejestru szkód zostaną dostarczone Państwu zwykle w ciągu 30 dni od momentu wystosowania takiej prośby. Możemy pobrać od Państwa zasadną, opartą na poniesionych kosztach opłatę za przesłanie Państwa dokumentacji medycznej i rejestru szkód.
- **Zawnioskowania o zmianę („korektę”) informacji dotyczących Państwa stanu zdrowia.** Mogą Państwo zawnioskować o wprowadzenie zmian w Państwa dokumentacji, jeśli Państwa zdaniem informacje dotyczące Państwa stanu zdrowia będą nieprawidłowe lub brakuje w nich pewnych informacji. Proszę mieć na uwadze, że możemy odmówić spełnienia takiej prośby o wprowadzenie zmian w informacjach dotyczących Państwa stanu zdrowia, jeżeli uznamy, że informacje zawarte w Państwa dokumentacji są dokładne i kompletne. W przypadku odrzucenia Państwa prośby prześlemy Państwu pisemne uzasadnienie takiego odrzucenia prośby w terminie 60 dni od daty otrzymania Państwa wniosku. Na Państwa życzenie do Państwa dokumentacji medycznej może zostać dodane oświadczenie, że nie zgadza się Państwa z taką decyzją.
- **Zawnioskowania o kontakt z zachowaniem poufności.** Mogą Państwo poprosić o przesyłanie Państwu informacji dotyczących Państwa stanu zdrowia z zachowaniem tajnego charakteru informacji („z zachowaniem poufności”). Mogą Państwo poprosić o kontaktowanie się z Państwem konkretną drogą (np. na telefon domowy lub telefon biurowy) lub o wysyłanie korespondencji na inny adres.
- **Zawnioskowania o ograniczenie sposobu wykorzystywania i udostępniania informacji dotyczących Państwa stanu zdrowia.** Mogą Państwo zwrócić się z prośbą o niewykorzystywanie lub nieudostępnianie określonych informacji dotyczących stanu zdrowia. Nie jesteśmy zobowiązani zgodzić się na ograniczenia, o które Państwo zawnioskują z zastrzeżeniem określonych okoliczności.
- **Wyboru osoby do występowania w Państwa imieniu.** Jeśli udzielili Państwo jakiegokolwiek osobie pełnomocnictwa do występowania w Państwa imieniu w kwestiach zdrowotnych lub jeśli posiadają Państwo opiekuna prawnego, taka osoba może korzystać z Państwa praw i podejmować decyzje w odniesieniu do informacji dotyczących Państwa stanu zdrowia. Upewnimy się, że ta osoba posiada takie upoważnienie i może występować w Państwa imieniu, zanim podejmiemy jakiegokolwiek działania.
- **Otrzymania powiadomienia o naruszeniu poufności Państwa informacji.** Mogą Państwo oczekiwać, że zostaną poinformowane i otrzymają odpowiednie zawiadomienie w przypadku zaistnienia naruszenia mogącego zagrażać poufności i bezpieczeństwu Państwa informacji.

### Kiedy wymagana jest Państwa pisemna zgoda?

Zgodnie z prawem w ramach Programu Opieki Zdrowotnej WTC wymagane jest uzyskanie Państwa pisemnej zgody (upoważnienia) na wykorzystywanie lub udostępnianie informacji dotyczących Państwa stanu zdrowia w jakimkolwiek celu, który nie został wymieniony w niniejszym dokumencie z informacjami, w tym na potrzeby określonego wykorzystania lub ujawnienia notatek z sesji psychoterapeutycznych. Ponadto Program Opieki Zdrowotnej WTC nie sprzedaje ani nie wprowadzi na rynek informacji dotyczących Państwa stanu zdrowia bez Państwa pisemnej zgody.

W dowolnym momencie może Pan/Pani wycofać (uchylić) swoją pisemną zgodę, aczkolwiek takie wycofanie zgody nie będzie miało zastosowania do informacji, które zostały już wykorzystane przez Program Opieki Zdrowotnej WTC na podstawie Państwa pierwotnej zgody. W przypadku wycofania przez Pana/Panią swojej zgody proszę poinformować o takiej decyzji Program Opieki Zdrowotnej WTC na piśmie.

Program Opieki Zdrowotnej WTC nie ma prawa wykorzystywać ani udostępniać Państwa osobistych informacji zdrowotnych związanych z genetyką (np. Państwa wyników badań genetycznych, wyników badań genetycznych członków Państwa rodziny i historii chorób występujących w Państwa rodzinie) w celu określenia, czy spełniają Państwo kryteria kwalifikacyjne do włączenia do Programu Opieki Zdrowotnej WTC (tj. objęcia ubezpieczeniem).

### Jakie są zobowiązania ze strony Programu Opieki Zdrowotnej WTC?

Program Opieki Zdrowotnej WTC jest prawnie zobowiązany przestrzegać postanowień niniejszego dokumentu z informacjami o ochronie prywatności. Program Opieki Zdrowotnej WTC ma prawo zmienić treść niniejszego dokumentu z informacjami o ochronie prywatności, a zmiany będą obejmować wszystkie posiadane przez nas informacje na Państwa temat. Jeśli wprowadzimy jakiegokolwiek istotne zmiany do treści tego dokumentu z informacjami udostępniona zostanie w formie elektronicznej wersja zaktualizowanych informacji na stronie internetowej Programu Opieki Zdrowotnej WTC i otrzymają Państwo nowy dokument z informacjami pocztą tradycyjną lub pocztą elektroniczną w przeciągu 60 dni. Ponadto w dowolnej chwili może Pan/Pani poprosić o otrzymanie kopii dokumentu z informacjami.

### Jak można skontaktować się z Programem Opieki Zdrowotnej WTC?

Więcej informacji na temat kwestii omawianych w niniejszym dokumencie może Pan/Pani uzyskać telefonicznie pod numerem 1-888-982-4748. Należy poprosić o rozmowę z przedstawicielem działu obsługi klienta na temat ochrony prywatności w ramach Programu Opieki Zdrowotnej WTC zgodnie z ustawą HIPAA. Wersję elektroniczną informacji o ochronie prywatności w ramach Programu Opieki Zdrowotnej WTC zgodnie z ustawą HIPAA można znaleźć na stronie internetowej Programu Opieki Zdrowotnej



WTC pod adresem [www.cdc.gov/wtc/privacy.html](http://www.cdc.gov/wtc/privacy.html).

### **Jak można wnieść skargę?**

Jeśli uważa Pan/Pani, że Pana/Pani prawa w zakresie prywatności zostały naruszone, może Pan/Pani złożyć skargę do przedstawicieli Programu Opieki Zdrowotnej WTC telefonicznie pod numerem 1-888-982-4748 lub pisemnie pod adresem P.O. Box 7000 Rensselaer, NY 12144 **ATTN:** WTC Health Program, HIPAA Complaint. Złożenie skargi nie wpłynie na zakres Państwa świadczeń objętych Programem. Może Pan/Pani również złożyć skargę w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich Departamentu Zdrowia i Usług Społecznych (HHS), wysyłając stosowne pismo na adres: 200 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20201, dzwoniąc pod numer: 1-877-696-6775 lub odwiedzając stronę internetową [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/). Użytkownicy telefonów tekstowych mogą dzwonić pod numer 1-800-537-7697. te Informacje o ochronie prywatności w ramach Programu Opieki Zdrowotnej WTC zaczynają obowiązywać z dniem 23 września 2020 r.