



## Programa de atención médica del World Trade Center Formulario de preselección de solicitantes (no pertenecientes al Departamento de bomberos de NY)

El miembro del personal general de respuesta bajo el Programa de atención médica del World Trade Center (WTC) es todo trabajador o voluntario que no pertenecía al Departamento de Bomberos de Nueva York (FDNY) y que proporcionó servicios de rescate, recuperación, demolición, limpieza o remoción de escombros y otras tareas relacionadas con las secuelas de los ataques al WTC el 11 de septiembre del 2001.

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 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 conducir

\_\_\_\_\_  
Últimos 4 números de su Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Pasaporte

\_\_\_\_\_  
Otro (¿qué tipo?)

**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 la casilla que corresponda a lo que hizo en ese entonces en su trabajo o como voluntario.**

Trabajé o realicé servicios de voluntario en la zona del desastre durante las labores de rescate, recuperación, limpieza de escombros o servicios de apoyo relacionados en el bajo Manhattan (sur de Canal St.), el vertedero de basura Staten Island o en los muelles de los embarcaderos.

Era miembro del Departamento de Policía de la Ciudad de Nueva York (activo o jubilado) o de la Policía de la Autoridad Portuaria de Nueva York (activo o jubilado) y participé en las labores de rescate, recuperación, limpieza de escombros y servicios relacionados en los siguientes lugares (seleccione todos los que correspondan):

- Bajo Manhattan (sur de Canal Street)
- Zona Cero ("Ground Zero")
- Vertedero de basura Staten Island
- Muelles de embarcaderos

Era empleado de la Oficina del médico forense en jefe de la ciudad de Nueva York y participé en el examen y la entrega de restos humanos de víctimas de los ataques al World Trade Center o en otras morgues que realizaron tareas similares después del 11 de septiembre para el personal de esta oficina.

Era trabajador del Túnel Trans-Hudson de la Autoridad Portuaria.

Era trabajador de mantenimiento de vehículos y estuve expuesto a los escombros de lo que fuera el World Trade Center al realizar tareas de devolución, manejo, limpieza, reparación o mantenimiento de vehículos contaminados por toxinas en el aire debido a los atentados terroristas del 11 de septiembre del 2001.

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

---

---

---

1. Si usted trabajó o realizó tareas como voluntario, anote el número de horas que trabajó durante cada día del mes de septiembre del 2001.

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
		11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

2. Indique cuántas horas a la semana trabajó o sirvió como voluntario durante:

- La semana que terminó el 6 de octubre (primera semana de octubre).
- La semana que terminó el 13 de octubre (segunda semana de octubre).
- La semana que terminó el 20 de octubre (tercera semana de octubre).
- La semana que terminó el 27 de octubre (última semana de octubre).
- La semana que terminó el 3 de noviembre.
- La semana que terminó el 10 de noviembre (primera semana completa de noviembre).
- La semana que terminó el 17 de noviembre (segunda semana completa de noviembre).
- La semana que terminó el 24 de noviembre (tercera semana completa de noviembre).
- La semana que terminó el 30 de noviembre (última semana de noviembre).
- La semana que terminó el 7 de diciembre (primera semana completa de diciembre).
- La semana que terminó el 14 de diciembre (segunda semana de diciembre).
- La semana que terminó el 21 de diciembre (tercera semana de diciembre).
- ¿La semana que terminó el 28 de diciembre (última semana de diciembre)?


3. ¿Cuántos días laborales trabajó o sirvió como voluntario en los meses siguientes?

- Enero de 2002
- Febrero de 2002
- Marzo de 2002
- Abril de 2002
- Mayo de 2002
- Junio de 2002
- Julio de 2002


**Documentación requerida**

Los solicitantes del Programa de atención médica del WTC también deben proporcionar documentados que demuestren empleo y actividades laborales durante dichas fechas y horarios y en los lugares especificados en las preguntas anteriores. Los documentos a presentar pueden ser pero no se limitan a recibos de pago; lista oficial de personal; una declaración escrita, que debe ser legítima so pena de sanciones para el empleador; acreditaciones del lugar o documentos similares.

Si 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 tergiverse 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.