

**State of New York
WORKERS' COMPENSATION BOARD**

**Notice of Right to Select a Workers' Compensation Board Authorized
Health Care Provider**

Injured Employee's Name	Injured Employee's Social Security No.	Date of Accident
Employer's Name and Address		

To the Injured Employee:

For the treatment of your work-related injury or illness, you may choose any physician, podiatrist, chiropractor, or psychologist (upon referral from an authorized physician) who is Workers' Compensation Board authorized and who is accepting workers' compensation patients.

While you may choose to utilize a network or provider which is recommended by your employer or its workers' compensation insurance carrier or to permit your employer to select a provider on your behalf, you may, at any time, change your health care provider without jeopardizing your workers' compensation claim for benefits.

Signature of Injured Employee

Date

Signature of Witness

Date

Please note: It is not necessary for you to sign this consent form if your employer is (i) participating in a certified preferred provider organization (PPO) under Article 10-A of the Workers' Compensation Law, or (ii) participating in the alternative dispute resolution (ADR) pilot program under section 25(2-c) of the Workers' Compensation Law. In accordance with these statutory programs, except in emergency situations, you must obtain at least initial treatment for any workers' compensation injury or illness from the certified network(s) or providers designated by your employer.

To the Employer:

The employer shall provide the above-named injured employee with a copy of this signed form and shall maintain the original form in the employer's records where it may be inspected by the Workers' Compensation Board at any time. This form shall not be submitted to the Workers' Compensation Board nor shall it be executed prior to the occurrence of this employee's work-related injury or illness.

The Workers' Compensation Board employs and serves people with disabilities without discrimination.

Stan Nowy Jork
KOMISJA DS. ODSZKODWAŃ PRACOWNICZYCH

Informacja o prawie do wyboru dostawcy usług medycznych
zatwierdzonego przez Komisję ds. Odszkodowań Pracowniczych

Imię i nazwisko poszkodowanego pracownika	Nr ubezpieczenia społecznego poszkodowanego pracownika	Data wypadku
Nazwa i adres pracodawcy		

Informacja dla poszkodowanego pracownika:

Dla celów leczenia doznanego urazu lub choroby, która wystąpiła w czasie wykonywania pracy poszkodowany pracownik ma prawo wyboru lekarza, podiatry, chiropraktyka lub psychologa (po otrzymaniu skierowania od upoważnionego lekarza), zatwierdzonego przez Komisję ds. Odszkodowań Pracowniczych i który przyjmuje pacjentów otrzymujących odszkodowanie pracownicze.

Istnieje możliwość wykorzystania sieci lub dostawcy usług rekomendowanego przez pracodawcę lub jego ubezpieczyciela wypłacającego odszkodowania pracownicze lub zezwolenia pracodawcy na wybór dostawcy w imieniu poszkodowanego. Może on jednak w dowolnym momencie zmienić dostawcę usług medycznych bez naruszenia prawa do ubiegania się o odszkodowanie pracownicze.

Podpis poszkodowanego
pracownika

Data

Podpis świadka

Data

Uwaga: Nie ma potrzeby podpisywania niniejszego formularza zgody, jeżeli pracodawca (i) zapewnia ubezpieczenia typu PPO (organizacja preferowanych świadczeniodawców), zgodnie z art. 10-A WCL lub (ii) uczestniczy w programie pilotażowym systemu ADR (dochodzenie roszczeń w trybie pozasądowym), zgodnie z postanowieniami zawartymi w sekcji 25(2-c) WCL. Zgodnie z zasadami obowiązującymi w przypadku wymienionych programów ustawowych osoba poszkodowana musi (za wyjątkiem sytuacji nagłych) skorzystać przynajmniej ze wstępnego leczenia urazu lub choroby objętej odszkodowaniem pracowniczym, które to leczenie zapewnia usługodawca (lub usługodawcy) certyfikowanej sieci, wyznaczeni przez pracodawcę.

Informacja dla pracodawcy:

Pracodawca powinien przekazać wyżej wymienionemu pracownikowi poszkodowanemu podpisaną kopię niniejszego formularza oraz przechowywać jego oryginał u siebie na wypadek kontroli Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych. Niniejszego formularza nie należy przysyłać do Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych ani też wykorzystywać go w procedowaniu przed wystąpieniem urazu lub choroby związanej z pracą wymienionego pracownika.

Komisja ds. Odszkodowań Pracowniczych zatrudnia oraz służy osobom niepełnosprawnym, kierując się
zasadą równości.