

# Odniosłość/-aś obrażenia w pracy. Co teraz?

Komisja ds. odszkodowań pracowniczych stanu Nowy Jork (New York State Workers' Compensation Board) (Komisja) otrzymała powiadomienie o odniesieniu przez Pana/-ią obrażenia w pracy i założyła sprawę dotyczącą odszkodowania pracowniczego w Pana/-i imieniu. Być może skorzystali już Państwo z pomocy medycznej. W przeciwnym razie należy niezwłocznie zwrócić się o niezbędną pomoc medyczną. W celu uzyskania pomocy dotyczącej roszczenia należy zadzwonić do **Komisji ds. odszkodowań pracowniczych** pod nr **(877) 632-4996**.

## Obowiązki wnioskodawcy

- Należy pisemnie powiadomić pracodawcę o dacie, miejscu oraz sposobie odniesienia obrażenia. Należy dokonać tego niezwłocznie, w ciągu 30 dni od daty obrażenia.
- Należy powiadomić dostawcę opieki medycznej o odniesieniu obrażenia związanego z pracą i podać nazwisko pracodawcy. Nie należy płacić za opiekę medyczną ani korzystać z innego ubezpieczenia zdrowotnego. Dostawca opieki medycznej złoży raporty medyczne do Komisji oraz pracodawcy lub jego ubezpieczyciela. W przypadku sporu w sprawie obrażenia Komisja potrzebuje raport medyczny dotyczący obrażenia, aby przystąpić do rozwiązywania sprawy.
- Należy złożyć **Employee Claim (Wniosek pracownika, formularz C-3P)**, niezwłocznie zgłaszając obrażenie do Komisji (należy powiadomić Komisję o obrażeniu lub chorobie w ciągu dwóch lat). W przypadku wcześniejszego obrażenia dotyczącego tej samej części ciała lub podobnej choroby należy również złożyć formularz **Limited Release of Health Information** (Ograniczony zakres ujawniania informacji o stanie zdrowia, formularz C-3.3P).

## Dwa sposoby złożenia skargi

Przejdź na stronę [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov) i wybierz opcję File a Claim (złóż skargę).

Wypełnij załączony/-e papierowy/-e formularz(e) i wyślij pocztą do Komisji.

W przypadku pytań dotyczących wypełniania **Wniosek pracownika (formularz C-3P)** należy dzwonić pod nr **(877) 632-4996** w celu uzyskania pomocy przedstawiciela Komisji.

## Rachunki za opiekę zdrowotną i podróż

**Nie należy** płacić dostawcy opieki medycznej ani szpitalowi za leczenie tego obrażenia/choroby. Rachunki te są opłacane przez ubezpieczyciela, chyba że Komisja wyda decyzję stwierdzającą, że roszczenie jest bezzasadne. W przypadku sporu dostawca opieki medycznej otrzyma zapłatę, jeśli Komisja rozstrzygnie sprawę na korzyść wnioskodawcy. *Jeśli Komisja podejmie decyzję na niekorzyść lub w przypadku braku kontynuowania sprawy, wnioskodawca będzie musiał zapłacić dostawcy usług medycznych lub szpitalowi (lub przekazać płatność do własnego ubezpieczyciela).*

Ubezpieczenie z tytułu odszkodowań pracowniczych pracodawcy pokrywa niezbędne ze względów medycznych lekarstwa oraz sprzęt przepisany przez dostawcę usług medycznych. Istnieje również możliwość zwrotu kosztów kilometrówki, transportu publicznego lub innych niezbędnych wydatków poniesionych podczas podróży na leczenie. Należy uzyskać rachunki za te wydatki i przesłać je do ubezpieczyciela ds. odszkodowań pracowniczych przy użyciu formularza **Claimant's Record of Medical and Travel Expenses and Request for Reimbursement** (Dokumentacji kosztów leczenia oraz podróży wnioskodawcy oraz wniosku o zwrot kosztów, formularz C-257P).

## PAKIET INFORMACYJNY DLA WNIOSKODAWCY

Ogólnie istnieje możliwość wyboru dowolnego dostawcy usług medycznych, pod warunkiem, że jest zatwierdzony przez Komisję. Zatwierdzonych dostawców opieki medycznej w danym obszarze można znaleźć przy użyciu funkcji „Find a Doctor” (znajdź lekarza) na stronie internetowej Komisji pod adresem [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov). Można również skorzystać z ośrodków medycyny pracy. Jeśli jednak ubezpieczyciel ds. odszkodowań pracowniczych pracodawcy posiada preferowanego dostawcę (Preferred Provider Organization, PPO) świadczącego opiekę w przypadku obrażeń w ramach odszkodowań pracowniczych, należy uzyskać wstępne leczenie w sieci placówek PPO. Jeśli ten ubezpieczyciel posiada również aptekę lub ośrodki diagnostyczne, należy skorzystać z ich usług. Ubezpieczyciel musi poinformować o wymaganej sieci dostawców oraz sposobie korzystania z ich usług.

### Zasiłek za utraconą pensję

Wnioskodawca jest upoważniony do części utraconej pensji, która musi zostać niezwłocznie wypłacona, jeśli obrażenie wpływa na wnioskodawcę na co najmniej jeden z poniższych sposobów:

1. Powoduje nieobecność w pracy przez co najmniej siedem dni.
2. Część ciała jest całkowicie niepełnosprawna.
3. Wynagrodzenie jest ograniczone z powodu mniejszej liczby godzin pracy lub innego rodzaju pracy.

Istnieje możliwość zatrudnienia adwokata lub licencjonowanego przedstawiciela, który zapewni pomoc dotyczącą roszczenia, jednak nie jest to wymagane. Komisja ustala swoje stawki, które zostaną potrącone z zasiłku z tytułu utraty pensji. Wnioskodawca ani jego rodzina nie powinni dokonywać bezpośredniej zapłaty na rzecz adwokata lub licencjonowanego przedstawiciela.

W przypadku sporu dotyczącego sprawy istnieje możliwość uzyskania zasiłku z tytułu niepełnosprawności podczas rozpatrywania sprawy. Aby uzyskać formularz **Notice and Proof of Claim for Disability Benefits** (Zawiadomienie i dowód roszczenia o zasiłki z tytułu niezdolności do pracy, formularz DB-450P), należy odwiedzić stronę [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov); zadzwonić do Komisji w celu uzyskania pomocy; lub odwiedzić biuro Komisji. W przypadku rozstrzygnięcia sprawy na korzyść wnioskodawcy zasiłek z tytułu niepełnosprawności zostanie potrącony z zasiłku za utraconą pensję.

### Dostępna pomoc

Czasami niezbędna jest pomoc w powrocie do pracy. Pracodawca może oferować alternatywne lub lżejsze obowiązki umożliwiające pracę podczas powrotu do zdrowia. Obrażenie może również powodować problemy rodzinne lub finansowe. Komisja ma doradców ds. rehabilitacji zawodowej oraz pracowników społecznych oferujących pomoc. Należy zadzwonić do Komisji w celu uzyskania informacji o dostępnych usługach i pomocy.

W przypadku obaw dotyczących uzależnienia od opioidowych leków przeciwbólowych prosimy o kontakt z infolinią NYS OASAS HOPELine pod nr **877-8-HOPENY (877-846-7369)**.

### Dalsze kroki

Pracodawca lub jego ubezpieczyciel ds. odszkodowań pracowniczych skontaktuje się w przypadku zatwierdzenia roszczenia. Następnie dostawca usług medycznych otrzyma zapłatę i rozpocznie się okres wypłacania zasiłków za utraconą pensję. W przypadku sporu w sprawie Komisja powiadomi o rozwiązaniu sprawy i może żądać dodatkowych informacji w razie konieczności.

## WAŻNE INFORMACJE KONTAKTOWE

Komisja ds. odszkodowań  
pracowniczych, włączając zasiłki  
z tytułu niepełnosprawności

(877) 632-4996

[general\\_information@wcb.ny.gov](mailto:general_information@wcb.ny.gov)

[wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov)



Aplikacja eCase Komisji umożliwia wyświetlanie zawartości akt sprawy online. W celu uzyskania informacji ogólnych lub zarejestrowania się w eCase zapraszamy na stronę internetową Komisji pod adresem [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov).



**Workers'  
Compensation  
Board**



IMIĘ I NAZWISKO: \_\_\_\_\_  
Pierwsze Inicjał drugiego Nazwisko

DATA POWSTANIA URAZU/CHOROBY: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### D. URAZ LUB CHOROBA (cd.)

8. Czy w powstaniu urazu/wystąpieniu choroby miał udział jakiś przedmiot (np. wózek widłowy, młotek, kwas)?  Tak  Nie Jeżeli tak, podać jaki. \_\_\_\_\_
9. Czy uraz był wynikiem korzystania lub obsługi zatwierdzonego pojazdu silnikowego?  Tak  Nie  
Jeżeli tak,  pojazd uszkodzowanego  pojazd pracodawcy  inny pojazd  Nr tablicy rejestracyjnej (jeżeli jest znany): \_\_\_\_\_  
Jeżeli w wypadku brał udział Pana/Pani pojazd, prosimy podać nazwę i adres ubezpieczyciela pojazdu: \_\_\_\_\_
10. Czy powiadomił(-a) Pan/Pani pracodawcę (lub przełożonego) o urazie/chorobie?  Tak  Nie  
Jeżeli tak, kto został powiadomiony: \_\_\_\_\_  ustnie  na piśmie Data powiadomienia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
11. Czy ktokolwiek widział wypadek/moment doznania urazu?  Tak  Nie  Osoba(-y) nieznan(-e)  
Jeżeli tak, prosimy podać imiona i nazwiska: \_\_\_\_\_

#### E. POWRÓT DO PRACY

1. Czy przerwał(-a) Pan/Pani pracę ze względu na uraz/chorobę?  Jeżeli tak, prosimy podać datę. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Nie; prosimy przejść do sekcji F.
2. Czy powrócił(-a) Pan/Pani do pracy?  Tak  Nie Jeżeli tak, prosimy podać datę. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 pełen zakres obowiązków  ograniczony zakres obowiązków
3. Jeżeli doszło do powrotu do pracy, dla którego pracodawcy Pan/Pani teraz pracuje?  Ten sam pracodawca  Nowy pracodawca  Samozatrudnienie
4. Ile wynoszą zarobki brutto (przed odliczeniem podatków) za okres wynagradzania? \_\_\_\_\_ Jak często jest wypłacane wynagrodzenie? \_\_\_\_\_

#### F. LECZENIE DOZNANEGO URAZU LUB CHOROBY

1. Prosimy podać datę pierwszego udzielenia pomocy medycznej. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Brak pomocy (prosimy przejść do pytania F-5)
2. Czy pomocy medycznej udzielono na miejscu?  Tak  Nie
3. Gdzie uzyskał(-a) Pan/Pani po raz pierwszy pomoc medyczną poza miejscem powstania urazu/wystąpienia choroby?  Nie uzyskałem(-am) żadnej pomocy  Pogotowie ratunkowe  Gabinet lekarski  Klinika/szpital/szpitalny oddział ratunkowy  Ponad 24-godzinny pobyt w szpitalu  
Nazwa i adres instytucji udzielającej pierwszej pomocy medycznej: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Nr telefonu: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
4. Czy nadal jest Pan/Pani leczony(-a) z powodu tego urazu/choroby?  Tak  Nie  
Prosimy podać imię i nazwisko lekarza(-y) leczącego(-ych) Pana/Panią z powodu tego urazu/choroby: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Nr telefonu: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
5. Czy pamięta Pan/Pani inny uraz tej samej części ciała lub podobną chorobę?  Tak  Nie  
Jeżeli tak, czy lekarz prowadził leczenie?  Tak  Nie Jeżeli tak, prosimy podać imiona i nazwiska oraz adresy lekarzy prowadzących leczenie oraz  
**WYPEŁNIĆ I WYSLAĆ FORMULARZ C-3.3 RAZEM Z TYM FORMULARZEM.**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Czy poprzedni uraz/choroba był(-a) związany(-a) z wykonywaniem pracy?  Tak  Nie  
Jeżeli tak, czy pracował(-a) Pan/Pani dla tego samego pracodawcy, co obecnie?  Tak  Nie

Niniejszym składam wniosek o przyznanie mi świadczeń w oparciu o przepisy dotyczące odszkodowań za wypadki przy pracy (WCL). Złożonym podpisem potwierdzam, że podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą i dokładne, zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem.

**Każda osoba, która świadomie i z INTENCJĄ POPEŁNIENIA OSZUSTWA przedstawia informacje, powoduje ich przedstawienie lub przygotowuje je dysponując wiedzą lub przekonaniem, że będą przedstawione ubezpieczycielowi lub samoubezpieczającemu lub też przez ubezpieczyciela bądź samoubezpieczającego takie informacje, które zawierają NIEPRAWDZIWE ISTOTNE DANE oraz każda osoba, która zatai istotne fakty, ZOSTANIE UZNANA WINNĄ PRZESTĘPSTWA i poddana wysokim KAROM PIENIĘŻNYM ORAZ POZBAWIENIA WOLNOŚCI.**

Podpis pracownika: \_\_\_\_\_ Nazwisko (wielkimi literami): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

W imieniu pracownika: \_\_\_\_\_ Nazwisko (wielkimi literami): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Osoba może złożyć podpis w imieniu pracownika tylko wtedy, gdy jest ona prawnie upoważniona do złożenia podpisu, a pracownik jest osobą małoletnią, umysłowo niepełnosprawną lub ubezwłasnowolnioną.**

Zaświadczam zgodnie z moją najlepszą wiedzą, posiadanymi informacjami i przekonaniem, powstałym po badaniu sprawy stosownym do okoliczności, że twierdzenia oraz inne fakty wyżej podane są poparte faktami lub prawdopodobnie będą poparte faktami po dalszym badaniu.

Podpis prawnika/zastępcy prawnego (jeżeli jest): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nazwisko (wielkimi literami): \_\_\_\_\_ Stanowisko: \_\_\_\_\_

Nr identyfikacyjny, jeżeli jest R \_\_\_\_\_ W przypadku licencjonowanego przedstawiciela: nr licencji: \_\_\_\_\_ Data wygaśnięcia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Instrukcje dotyczące wypełniania Employee Claim (Wniosek pracownika, formularz C-3P)

Prosimy o wypełnienie tego formularza i wysłanie na adres pocztowy Komisji ds. odszkodowań pracowniczych (Workers' Compensation Board) wymieniony na końcu tych instrukcji. W przypadku konieczności uzyskania dodatkowej pomocy w wypełnieniu tego formularza należy kontaktować się z Komisją ds. odszkodowań pracowniczych pod nr **1-877-632-4996**. Formularz można również złożyć online na stronie **web.ny.gov**. W przypadku braku numeru sprawy Komisji ds. odszkodowań pracowniczych należy zostawić to pole puste. Przetworzenie roszczenia nie jest wymagane. Należy podać imię i nazwisko oraz datę obrażenia/choroby w górnej części drugiej strony.

### Część A – dane pracownika:

W części A należy podać imię i nazwisko, adres oraz inne wymagane informacje.

**Uwaga dot. poz. 7:** Rozprawy Komisji są przeprowadzane w j. angielskim. W przypadku konieczności skorzystania z pomocy tłumacza należy wybrać **Tak** i wskazać wymagany język.

**Powiadomienie zgodne z ustawą o ochronie danych osobowych stanu Nowy Jork (New York Personal Privacy Protection Law) (Paragraf 6-A ustawy o urzędnikach publicznych) (Public Officers Law Article 6-A) oraz federalną ustawą o prywatności (Federal Privacy Act) z 1974 r (5 U.S.C. § 552a).**

Prawo Komisji ds. odszkodowań pracowniczych (Komisja) do żądania od wnioskodawców podania danych osobowych, włączając numer ubezpieczenia społecznego, wynika z uprawnień do prowadzenia dochodzenia przez Komisję na mocy § 20 ustawy o odszkodowaniach pracowniczych (Workers' Compensation Law, WCL) oraz jej władzy administracyjnej zgodnie z § 142 WCL. Informacje te są gromadzone jako pomoc Komisji podczas dochodzenia i administracji roszczeniami w najbardziej korzystny sposób oraz jako pomoc w utrzymaniu rzetelnej dokumentacji dotyczącej roszczenia. Podanie numeru ubezpieczenia społecznego Komisji jest dobrowolne. Za niepodanie numeru ubezpieczenia społecznego na tym formularzu nie jest nakładana żadna kara; nie będzie to skutkowało odrzuceniem roszczenia ani zmniejszeniem zasiłków. Komisja będzie chronić poufność wszystkich danych osobowych, które znajdują się w jej posiadaniu, ujawniając je wyłącznie w procesie wypełniania oficjalnych obowiązków oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami stanowymi i federalnymi.

### Część B – pracodawca/-y:

W części B podać nazwisko, adres, numer telefonu oraz inne informacje dotyczące pracodawcy, dla którego wnioskodawca pracował w momencie obrażenia/choroby.

**Uwaga!** Pracodawca to firma lub agencja wystawiająca wypłatę poborów czekiem. W przypadku wykonawców w miejscu pracy lub biurze agencja pracy lub dostawca, który zatrudnił wnioskodawcę jest pracodawcą, a nie miejsce pracy lub biuro, w którym wnioskodawca stawia się do pracy.

### Część C – zawód/stanowisko w dniu powstania urazu lub wystąpienia choroby:

W części C podać informacje dotyczące stanowiska, obowiązków zawodowych i wypłaty.

### Część D – uraz lub choroba:

W części D podać informacje dotyczące obrażenia lub choroby.

**Pozycja 1:** Wprowadzić datę odniesienia obrażenia lub datę zauważenia choroby.

Jeśli jest to choroba zawodowa, przejść do pozycji 2. Data odniesienia obrażenia musi być podana w formacie miesiąc/dzień/rok. Rok powinien zostać podany jako cztery cyfry, np. 2015.

**Pozycja 2:** Wprowadzić godzinę odniesienia obrażenia. Sprawdzić, czy było to rano (AM), czy po południu (PM).

**Pozycja 3:** Wskazać miejsce, w którym doszło do obrażenia/choroby, włączając adres budynku oraz fizyczną lokalizację w budynku, gdzie wystąpiło obrażenie/choroba.

**Pozycja 4:** Zaznaczyć, czy było to normalne miejsce wykonywania pracy. Jeśli nie, wyjaśnić, dlaczego wnioskodawca znalazł się w tej lokalizacji.

**Pozycja 5:** Opisać szczegółowo czynności wykonywane w momencie wystąpienia obrażenia/choroby (np. ręczny rozładunek skrzyni z pojazdu ciężarowego). Wyjaśnić to zdarzenie prowadzące do obrażenia.

**Pozycja 6:** Opisać szczegółowo, jak doszło do obrażenia/choroby (np. podniosłem ciężką skrzynię z pojazdu ciężarowego). Opis powinien obejmować wszystkie osoby oraz zdarzenia dotyczące obrażenia/choroby.

**Pozycja 7:** Określić w pełni istotę i zakres obrażenia/choroby, włączając wszystkie części ciała, których dotyczy obrażenie/choroba. Podać jak najwięcej szczegółów (np. nadwyrężenie pleców z powodu próby poniesienia zbyt ciężkiej skrzyni. Pochylenie się lub podnoszenie nawet lekkich przedmiotów sprawia ból).

**Pozycja 8:** Określić, czy w zdarzeniu brały udział obiekty **inne niż** licencjonowany pojazd mechaniczny. Inne obiekty mogą obejmować narzędzie (np. młotek), substancję chemiczną (np. kwas), maszynę (np. wózek widłowy lub wiertarkę pionową) itd.

**Pozycja 9:** Określić, czy w zdarzeniu brał udział licencjonowany pojazd mechaniczny. Jeśli tak, zaznaczyć, czy pojazd mechaniczny był własnością wnioskodawcy, pracodawcy lub strony trzeciej. Dołączyć numer tablic rejestracyjnych (jeśli jest znany). Jeśli w zdarzeniu brał udział pojazd wnioskodawcy, podać nazwę i adres ubezpieczyciela OC.

**Pozycja 10:** Zaznaczyć, czy pracodawca lub przełożony otrzymał powiadomienie o obrażeniu lub chorobie. Jeśli tak, kto otrzymał powiadomienie oraz w jakiej formie: ustnej, czy pisemnej. Dołączyć datę przekazania powiadomienia.

**Pozycja 11:** Zaznaczyć, czy ktoś jeszcze był świadkiem obrażenia. Jeśli tak, dołączyć imię/imiiona i nazwisko/-a.

### Część E – powrót do pracy:

**Pozycja 1:** W przypadku przerwy w pracy w rezultacie obrażenia/choroby związanej z pracą zaznaczyć **Tak** i wskazać datę zaprzestania pracy.

W przypadku braku przerwy w pracy zaznaczyć **Nie** i przejść do kolejnej części.

**Pozycja 2:** W przypadku powrotu do pracy od czasu wypadku zaznaczyć **Tak**. Określić datę ponownego rozpoczęcia pracy, a także wskazać, czy wnioskodawca wrócił do normalnych, czy do ograniczonych obowiązków. (W przypadku niewrócenia do wszystkich obowiązków zawodowych przed obrażeniem lub chorobą wnioskodawca ma ograniczone obowiązki).

**Pozycja 3:** W przypadku powrotu do pracy określić, dla kogo pracuje wnioskodawca.

**Pozycja 4:** Podać wypłatę brutto (przed opodatkowaniem) za okres wynagrodzenia w odniesieniu do wykonywanej obecnie pracy. Określić, jak często wnioskodawca otrzymuje wypłatę (co tydzień, co dwa tygodnie itd.).

### **Część F – leczenie doznanego urazu lub choroby:**

**Pozycja 1:** W przypadku braku leczenia medycznego obrażenia/choroby zaznaczyć „nie otrzymano” i przejść do pozycji 5. W przeciwnym razie wprowadzić datę pierwszego leczenia tego obrażenia/choroby i wypełnić pozostałą część.

**Pozycja 2:** Zaznaczyć, czy wnioskodawca otrzymał pierwszą pomoc w miejscu pracy w przypadku tego obrażenia lub choroby.

**Pozycja 3:** Podać lokalizację otrzymania pierwszego leczenia poza zakładem pracy w przypadku tego obrażenia lub choroby. Podać nazwę i adres placówki oraz numer telefonu (włączając nr kierunkowy).

**Pozycja 4:** W przypadku dalszego leczenia tego samego obrażenia lub choroby zaznaczyć Tak i podać nazwisko i adres lekarza/-y zapewniającego/-ych leczenie, a także nr telefonu (włączając nr kierunkowy); w przeciwnym razie zaznaczyć Nie.

**Pozycja 5:** W przypadku przekonania o istnieniu obrażenia tej samej części ciała lub podobnej choroby zaznaczyć Tak i określić, czy obrażenie lub chorobę leczył lekarz. W przypadku leczenia przez lekarza podać nazwisko/-a i adres/-y lekarza/-y, który/którzy zapewniłi opiekę i **wypełnić oraz złożyć formularz C-3.3P razem z tym formularzem.**

**Pozycja 6:** W przypadku wcześniejszego obrażenia lub choroby zaznaczyć, czy były one związane z pracą. Jeśli tak, zaznaczyć, czy obrażenie lub choroba miały miejsce podczas pracy u bieżącego pracodawcy.

Podpisać formularz C-3P w miejscu przeznaczonym na podpis pracownika na stronie 2, wpisać nazwisko drukowanymi literami i podać datę podpisania formularza. Jeśli podpis składa strona trzecia w imieniu pracownika, osoba ta powinna złożyć podpis w drugiej linii na podpis. W przypadku posiadania przedstawiciela prawnego przedstawiciel **musi** wypełnić i podpisać część certyfikacyjną dla adwokata/przedstawiciela w dolnej części 2 strony.

### **Co powinien zrobić każdy pracownik w przypadku odniesienia obrażenia w pracy lub choroby zawodowej:**

1. Niezwłocznie powiadomić pracodawcę lub przełożonego o dacie, miejscu oraz sposobie odniesienia obrażenia.
2. Niezwłocznie uzyskać pomoc medyczną.
3. Powiadomić lekarza o konieczności złożenia raportów medycznych do Komisji oraz pracodawcy lub jego ubezpieczyciela.
4. Wypełnić ten formularz o odszkodowanie i przesłać go do najbliższego biura Komisji ds. odszkodowań pracowniczych. (Patrz poniżej). Niezłożenie formularza w ciągu dwóch lat od daty obrażenia może skutkować odrzuceniem roszczenia. W przypadku konieczności uzyskania pomocy podczas wypełniania tego formularza należy zadzwonić lub odwiedzić najbliższe biuro Komisji ds. odszkodowań pracowniczych wymienione poniżej.
5. Udać się na wszystkie rozprawy w przypadku otrzymania powiadomienia o stawiennictwie.
6. Niezwłocznie wrócić do pracy; odszkodowanie nigdy nie jest tak wysokie, jak wynagrodzenie.

### **Prawa wnioskodawcy:**

1. Wnioskodawca jest uprawniony do leczenia przez wybranego lekarza, pod warunkiem, że jest on zatwierdzony przez Komisję. Jeśli pracodawca posiada umowę z preferowanym dostawcą (Preferred Provider Organization, PPO), należy uzyskać wstępne leczenie od preferowanego dostawcy opieki wskazanego do zapewnienia usług opieki medycznej w przypadku obrażeń leczonych w ramach odszkodowań pracowniczych.
2. NIE NALEŻY płacić lekarzowi ani szpitalowi. Rachunki zostaną uregulowane przez ubezpieczyciela, jeśli sprawa nie jest obiektem sporu. W przypadku sporu w sprawie lekarza lub szpitala musi poczekać na płatność do czasu podjęcia decyzji przez Komisję. W przypadku niepowodzenia postępowania sądowego lub podjęcia negatywnej decyzji przez Komisję konieczne będzie uregulowanie płatności na rzecz lekarza lub szpitala.
3. Wnioskodawca jest również uprawniony do zwrotu kosztów leków, kuli lub jakichkolwiek aparatów prawidłowo przepisanych przez lekarza oraz opłat za opiekę lub innych niezbędnych wydatków na rzecz gabinetu lekarskiego lub szpitala. (Należy uzyskać rachunki za takie wydatki).
4. Wnioskodawca jest uprawniony do odszkodowania za obrażenia uniemożliwiające podjęcie pracy przez co najmniej siedem dni, zmuszające do pracy za niższe wynagrodzenie lub skutkujące stałą niepełnosprawnością dowolnej części ciała.
5. Odszkodowanie jest wypłacane bezpośrednio i bez oczekiwania, oprócz sytuacji odrzucenia roszczenia.
6. Poszkodowani pracownicy lub osoby na utrzymaniu od zmarłych pracowników mogą reprezentować siebie w sprawach przed Komisją lub mogą zatrudnić adwokata lub licencjonowanego przedstawiciela w celu ich reprezentacji. W przypadku korzystania z usług adwokata lub licencjonowanego przedstawiciela jego wynagrodzenie za usługi prawne zostanie poddane ocenie Komisji i w przypadku zatwierdzenia zostanie uregulowane przez pracodawcę lub firmę ubezpieczeniową poza zasiłkami w ramach odszkodowania. Poszkodowani pracownicy lub osoby na utrzymaniu od zmarłych pracowników nie powinni płacić bezpośrednio adwokatowi lub licencjonowanemu przedstawicielowi reprezentującemu ich w sprawie o odszkodowanie.
7. W przypadku chęci skorzystania z pomocy w powrocie do pracy lub w przypadku problemów finansowych lub rodzinnych z powodu obrażenia należy skontaktować się z najbliższym biurem Komisji ds. odszkodowań pracowniczych i poprosić o doradcę ds. rehabilitacji lub pracownika społecznego.

**Formularz należy złożyć, przesyłając go bezpośrednio na adres wymieniony poniżej:**

**New York State Workers' Compensation Board**

**Centralized Mailing**

**PO Box 5205**

**Binghamton, NY 13902-5205**

**Bezpłatny nr obsługi klienta: 877-632-4996**