
JESTEŚ OSOBĄ POSZKODOWANĄ PODCZAS PRACY?

Przewodnik dla pracowników
po odszkodowaniach
pracowniczych w stanie Nowy Jork



Komisja ds. Odszkodowań Pracowniczych
stanu Nowy Jork

www.WCB.NY.Gov

1-877-632-4996

Oświadczenie o ochronie prywatności

Wszystkie dokumenty na temat Twojej sprawy posiadane przez Komisję ds. Odszkodowań Pracowniczych są traktowane jako prywatne. Zgodnie z przepisami o odszkodowaniach pracowniczych informacje z akt sprawy mogą otrzymać tylko zainteresowane strony. Oprócz Ciebie i Twojego adwokata lub przedstawiciela wgląd do tych informacji mogą mieć:

- twój pracodawca i jego adwokat;
- ubezpieczyciel Twojego pracodawcy zapewniający ubezpieczenia dotyczące odszkodowań pracowniczych i jego adwokat.

Ubezpieczyciel może udostępniać informacje dostawcom usług medycznych, których zatrudnia w celu zbadania Twojego stanu zdrowia. Twój dostawca usług medycznych muszą udostępnić Twoje dane medyczne ubezpieczycielowi, rozliczając się z nim za wyświadczone usługi.

Prawo wglądu do informacji obejmuje też każdego, kto uzyskał uprawnijający go do tego nakaz sądowy. Twoje dane mogą też być udostępniane organom administracji państwowej, jeśli zajmują się

one przetwarzaniem wniosku o świadczenia lub dochodzeniem w sprawie oszustwa.

Nikt nie ma prawa ujawniać Twoich informacji osobom do tego nieupoważnionym.

Możesz udzielić pisemnego zezwolenia na wgląd do danych Twojej sprawy dowolnej wybranej osobie. Można to zrobić na dwa sposoby.

1. Wypełnić oryginalny formularz upoważnienia OC-110A (Claimant's Authorization to Disclose Workers' Compensation Records). Jest on dostępny na stronie www.WCB.NY.Gov lub pod numerem telefonu 1-866-750-5157.
2. Złożyć oryginał potwierdzonego notarialnie pisma upoważniającego daną osobę fizyczną lub prawną do wglądu do informacji dotyczących Twojej sprawy.

Upoważnienie możesz złożyć w dowolnym momencie. Zawsze warto przekazać kopię takiego dokumentu osobie, którą upoważniasz do wglądu do swojej dokumentacji. Niektórzy upoważniają do dostępu do swoich danych współmałżonka lub dziecko, składając początkowy wniosek o świadczenia.

Potencjalni pracodawcy nie mogą prosić Cię o podawanie informacji o Twoich roszczeniach dotyczących odszkodowań pracowniczych, zanim Cię zatrudnią.

Spis treści

Oświadczenie o ochronie prywatności.....	i
Co to jest odszkodowanie pracownicze?	2
Sposób składania wniosku o odszkodowanie	2
Who Isn't Covered?	3
Obowiązki pracownika	3
Opieka medyczna.....	4
Rehabilitacja i praca społeczna.....	5
Świadczenia zastępujące wynagrodzenie (pieniężne)	6
Świadczenia z tytułu zmniejszenia zarobków.....	6
Kategorie niezdolności do pracy.....	7
Świadczenia z tytułu niezdolności do pracy w czasie sporu.....	8
Rozstrzyganie kwestionowanych wniosków	8
Świadczenia w razie śmierci.....	9
Świadczenia z tytułu ubezpieczeń społecznych.....	9
Dyskryminacja	9
Choroba zawodowa.....	10
Przebieg sprawy	11
Często zadawane pytania na temat przepisów	12
Lista oddziałów Komisji	Tył

Niniejsza broszura ma charakter ogólny i zawiera uproszczony opis postanowień i procedur dotyczących odszkodowań pracowniczych. Nie stanowi zamiennika prawa ani porady prawnej.

Podczas zatrudniania lub świadczenia usług Komisja ds. Odszkodowań Pracowniczych nie dyskryminuje nikogo ze względu na rasę, kolor skóry, kraj pochodzenia, płeć, wyznanie, wiek, niepełnosprawność lub preferencje seksualne.

Oszustwo dotyczące odszkodowań pracowniczych jest przestępstwem podlegającym karom grzywny i karze do siedmiu lat pozbawienia wolności. Aby zgłosić oszustwo, zadzwoń pod numer 1-888-363-6001.

Co to jest odszkodowanie pracownicze?

Odszkodowanie pracownicze jest formą ubezpieczenia. Większość pracodawców musi posiadać takie ubezpieczenie dla pracowników, którzy doznają urazu lub zachorują w związku z wykonywaną pracą. Gwarantuje to opiekę medyczną i zwrot wynagrodzenia utraconego wskutek zmniejszenia lub utraty zdolności do pracy. Pracodawcy płacą za to ubezpieczenie i nie mogą wymagać pokrycia części jego kosztów przez pracowników. Świadczenia są wypłacane przez ubezpieczyciela lub przez pracodawcę, jeśli korzysta on z ubezpieczenia własnego. Świadczenia są wypłacane zgodnie z prawem, a Komisja ds. Odszkodowań Pracowniczych zapewnia ich prawidłowość.

Komisja ds. Odszkodowań Pracowniczych jest agencją stanową, która nadzoruje obsługę wniosków poszkodowanych pracowników przez pracodawców i ubezpieczycieli. Roszczenie jest wypłacane, jeśli ubezpieczyciel zgodzi się, że wypadek jest związany z pracą, lub jeśli nakaze tak Komisja. Pracodawca lub jego ubezpieczyciel mogą zakwestionować roszczenie. W takim przypadku Komisja stara się rozstrzygnąć spór w ciągu 90 dni. Ubezpieczyciel może np. uznać, że wypadek nie miał miejsca w pracy. Może nawet twierdzić, że w momencie wypadku nie ubezpieczenie nie obejmowało Twojego pracodawcy. Mogą też pojawić się inne problemy. Bez względu na ich przyczynę, Komisja stara się je jak najszybciej rozwiązać.

Aby móc złożyć wniosek, nie musisz być nieobecny/a w pracy. Aby przyznać Ci świadczenia, nie trzeba wskazywać winnych wypadku. Poszkodowani nie otrzymują mniejszego odszkodowania, jeśli wykazali się nieuwagą, ani większego, jeśli winien jest pracodawca. Pracownik traci jednak prawo do świadczeń, jeśli uraz powstał wyłącznie wskutek używania narkotyków lub alkoholu albo próby wyrządzenia krzywdy sobie lub komuś innemu.

SPOSÓB SKŁADANIA WNIOSKU O ODSZKODOWANIE

*W ciągu 30 dni od wypadku musisz poinformować o nim swojego pracodawcę. **Komisję należy powiadomić o sprawie w ciągu dwóch lat od wypadku.** Musisz też jak najszybciej złożyć wniosek o odszkodowanie.*

Formularz wniosku o odszkodowanie (C-3, Employee's Claim for Compensation) można złożyć na trzy sposoby.

- 1. Online: wypełnij formularz na stronie www.WCB.NY.Gov.*
- 2. Wypełnij papierową wersję formularza C-3 i wyślij go do najbliższego oddziału Komisji. Formularz C-3 znajduje się w środkowej części tej broszury, a adresy oddziałów Komisji — na ostatniej stronie.*
- 3. Zadzwoń na numer 1-866-396-8314. Przedstawiciel Komisji wypełni formularz w Twoim imieniu. Usługa tłumaczenia jest dostępna bezpłatnie.*

Jeśli konieczna będzie rozprawa, otrzymasz o tym powiadomienie pocztą.

Kto jest objęty ochroną? Kto nie jest objęty ochroną?

- Pracownicy wszystkich przedsiębiorstw komercyjnych.
 - Pracownicy organów administracji powiatowej i miejskiej.
 - Pracownicy pomocniczy w szkołach publicznych, w tym pracownicy pomocniczy miasta Nowy Jork. Ochrona obejmuje nauczycieli przedmiotów technicznych w mieście Nowy Jork; pozostali nauczyciele są objęci innym systemem.
 - Pracownicy stanu Nowy Jork, w tym niektórzy pracownicy ochotniczy.
 - Osoby wykonujące prace domowe, zatrudnione na co najmniej 40 godzin tygodniowo przez tego samego pracodawcę. Obejmuje to opiekunów dzieci i innych osób oraz pomoce domowe mieszkające w domu, w którym pracują.
 - Pracownicy gospodarstw rolnych, których pracodawca poniósł w poprzednim roku kalendarzowym koszty robocizny wynoszące co najmniej 1200 USD.
 - Każda inna osoba uznana przez Komisję za pracownika.
- Podmioty niekomercyjne (non-profit), członkowie zakonów religijnych, pracodawcy zatrudniający urzędników i nauczycieli i osoby wykonujące prace domowe w wymiarze mniejszym niż 40 godzin tygodniowo mogą być objęci ochroną dobrowolną. Nie jest to obowiązkowe.
- Pracownicy instytucji edukacyjnych, religijnych lub dobroczynnych, którzy nie zajmują się nauczaniem albo pracą fizyczną.
 - Osoby objęte przepisami o odszkodowaniach pracowniczych dla pracowników federalnych. Należą do nich pracownicy poczty, niektóre zawody związane z marynarką, pracownicy kolei międzystanowych i pracownicy federalni.
 - Osoby wykonujące prace gospodarskie lub zwykłe prace domowe w domu jednorodzinnym zamieszkiwanym przez właściciela (nieletni obsługujący urządzenia z napędem mechanicznym, w tym kosiarki do trawy, są objęci ochroną). Polisa właściciela domu może zapewniać im dodatkową ochronę.
 - Niektórzy pracownicy zagranicznych administracji państwowych.
 - Policja miasta Nowy Jork, pracownicy straży pożarnej, nauczyciele i pracownicy zakładów oczyszczania miasta są objęci innym systemem. Wyłączeni mogą być także inni pracownicy mundurowi policji i straży pożarnej.
 - Sprzedawcy nieruchomości i przedstawiciele handlowi mediów, którzy podpisali kontrakt stwierdzający, że są niezależnymi wykonawcami.
 - Ochrona może obejmować osoby prowadzące jednoosobową działalność gospodarczą, partnerów w spółkach i spółki jedno- lub dwuosobowe bez pracowników, ale nie jest to wymagane przez prawo.

Obowiązki pracownika

1. Postaraj się wrócić do pracy, jak tylko będziesz do tego fizycznie zdolny/a. Pracodawca może skierować Cię do pracy przejściowej lub lżejszej.
2. Odpowiadasz za szukanie pracy zgodnej z Twoimi możliwościami fizycznymi. Może to oznaczać pracę w zawodzie innym niż dotychczas.
3. Odpowiadaj w terminie na wszystkie zapytania i dokumenty otrzymywane od Komisji i ubezpieczyciela.
4. Informuj Komisję i inne zainteresowane strony o zmianach adresu.
5. Bierz udział w wyznaczonych rozprawach i spotkaniach. Przychodź na nie punktualnie.
6. Odpowiadaj na pytania wyczerpująco i uczciwie.
7. Aktywnie uczestnicz w swojej sprawie. Nie pozwól, aby coś odbywało się bez Twojego udziału.
8. Zapoznawaj się z treścią wszystkich zawieranych umów i ustaleń.
9. Zadawaj pytania swojemu przedstawicielowi i Komisji.

Opieka medyczna

Jeśli pracownik doznał urazu podczas pracy lub zachorował w związku z pracą, koszty leczenia tego urazu lub zachorowania zostaną pokryte w ramach roszczenia o odszkodowanie pracownicze. Nastąpi to bez względu na to, czy pracownik był nieobecny w pracy. Koszty opieki są pokrywane w dodatku do świadczeń otrzymywanych przez pracownika z tytułu utraty wynagrodzenia.

Dostawcy usług medycznych muszą posiadać autoryzację Komisji w zakresie zajmowania się pacjentami, których dotyczy odszkodowania pracownicze. Komisja dysponuje listą dostawców, którzy są upoważnieni do prowadzenia leczenia. Możesz znaleźć lekarza na stronie *www.wcb.ny.gov/hps/HPSearch.jsp*, albo

RODZAJE USŁUG

OBJĘTYCH UBEZPIECZENIEM

Medycyna
Osteopatia
Stomatologia
Podiatria
Leczenie psychologiczne (ze skierowaniem)
Chiropraktyka
Zabiegi operacyjne
Opieka szpitalna

Badania laboratoryjne
Leki na receptę
Usługi pielęgniarskie
Sprzęt ortopedyczny
Protezy

Czasem wymagana jest autoryzacja wstępna.

dzwoniąc pod numer 1-800-781-2362. Możesz korzystać z usług dowolnego z tych dostawców, a także swojego własnego lekarza, jeśli jest on zarejestrowany w Komisji. Dostawcy wysyłają rachunki za swoje usługi bezpośrednio do ubezpieczyciela i do Komisji. **Nie płać żadnych rachunków, chyba że Komisja odrzuci Twoją sprawę.** Możesz też otrzymać zwrot kosztów dojazdu do placówki dostawcy usług medycznych i z powrotem.

Jeśli określone usługi medyczne zostaną zakwestionowane, ubezpieczyciel musi zapłacić za ich niekwestionowaną część. Musi też wyjaśnić na piśmie, dlaczego usługi nie zostały opłacone, i wystąpić o wszelkie informacje niezbędne do ich opłacenia. Lekarze mogą poprosić Cię o podpisanie formularza A-9. Zawiera on oświadczenie, że pokryjesz rachunki za opiekę medyczną, jeśli Komisja odrzuci Twoje roszczenie albo jeśli wycofasz je, zanim zostanie zaakceptowane.

Preferowani dostawcy usług medycznych

Jeśli ubezpieczyciel posiada sieć dostawców usług medycznych zajmujących się poszkodowanymi pracownikami, musisz skorzystać z usług tych dostawców. Są oni zwani preferowanymi dostawcami usług (Preferred Provider Organization, PPO). Ubezpieczyciel musi Cię o tym powiadomić. W razie niezadowolenia z opieki otrzymanej od PPO, po 30 dniach leczenia możesz wybrać autoryzowanego dostawcę spoza sieci PPO.

Sieci diagnostyczne

Ubezpieczyciel może też wymagać od Ciebie korzystania z jego sieci placówek prowadzących badania diagnostyczne. Jeśli tak jest, pamiętaj, aby poinformować o tym lekarzy i innych dostawców usług medycznych.

Opłaty apteczne

Jeśli ubezpieczyciel nie korzysta z sieci aptek, możesz udać się do dowolnej apteki. Upewnij się, że farmaceuta wie, że złożyłeś/aś wniosek o odszkodowanie pracownicze, ponieważ wiele aptek rozlicza się w takich sytuacjach bezpośrednio z ubezpieczycielem, nie z pacjentem. Apteka może Cię jednak poprosić o zapłacenie z góry za wydawane leki. Ubezpieczyciel ma obowiązek zwrócić Ci te koszty w ciągu 45 dni. Apteka może obciążyć Cię tylko kwotą określoną przez przepisy, więc nawet jeśli dokonasz zapłaty z góry, otrzymasz pełny zwrot kosztów. Nie odpowiadasz za współpłatność.

Jeśli musisz korzystać z apteki należącej do sieci ubezpieczyciela, ubezpieczyciel ma obowiązek poinformować Cię, jak należy to zrobić. Takie apteki otrzymują płatności bezpośrednio od ubezpieczyciela. Nie ponosisz odpowiedzialności za żadne opłaty.

Wyjątki

1. *Badania*: ubezpieczyciel nie może wymagać od Ciebie korzystania z usługodawcy należącego do sieci, jeśli konieczne jest badanie diagnostyczne w nagłym wypadku medycznym.

Nie może też wymagać korzystania z usług dostawcy, który nie dysponuje placówką w *rozsądnej odległości*, czyli w odległości *jednej mili od Twojego miejsca zamieszkania lub pracy na terenach miejskich i dziesięciu mil na terenach podmiejskich lub wiejskich*.

2. *Apteka*: ubezpieczyciel nie może wymagać od Ciebie korzystania z aptek należących do sieci, jeśli nie jest to praktycznie możliwe w nagłym wypadku medycznym. *Nie musisz też korzystać z aptek należących do sieci, jeśli nie oferują sprzedaży zdalnej lub jeśli nie znajdują się w rozsądnej odległości*.

Rehabilitacja i praca społeczna

Rehabilitacja pomaga poszkodowanym wrócić do pracy i prowadzić pełne, aktywne życie. Określone usługi rehabilitacyjne są opisane poniżej.

Rehabilitacja medyczna pomaga poszkodowanym osiągnąć maksymalną niezależność i możliwość funkcjonowania. Zapewnia pracownikom informacje i pomaga im w uzyskaniu opieki medycznej i odpowiednich warunków bytowych lub spełnieniu innych specjalnych potrzeb. Na rehabilitację medyczną niezbędne jest skierowanie lekarskie, porozmawiaj więc ze swoim lekarzem. Ustalenia dotyczące takich usług odbywają się bez pośrednictwa Komisji.

Rehabilitacja zawodowa pomaga osobom, którym niezdolność do pracy uniemożliwia powrót do wcześniej wykonywanego zawodu. Doradcy pomagają poszkodowanym pracownikom w znalezieniu pracy odpowiadającej ich zdolnościom. Udzielają też pomocy w opracowaniu planu powrotu do pracy. Może to obejmować doradztwo zawodowe i kierowanie na szkolenia oraz selektywne obsadzanie stanowisk.

Pracownicy społeczni służą pomocą, gdy problemy rodzinne i finansowe utrudniają poszkodowanym powrót do pracy. Pomagają w radzeniu sobie z niezdolnością do pracy i rozmawiają z poszkodowanymi na temat obaw dotyczących rehabilitacji. Mogą też pomagać pracownikom w przygotowaniu się do powrotu do pracy.

Komisja dysponuje doradcami, pracownikami społecznymi i osobami zajmującymi się analizą wniosków, którzy koordynują i monitorują inne usługi. Jeśli chcesz skorzystać z tych usług, skontaktuj się z Komisją. Numery telefonów znajdują się na ostatniej stronie tej broszury.

Świadczenia zastępujące wynagrodzenie (pieniężne)

Poszkodowani, którzy są całkowicie lub częściowo niezdolni do pracy przez czas dłuższy niż siedem dni, otrzymują świadczenia z tytułu utraty wynagrodzenia. Otrzymywana kwota zależy od średniego wynagrodzenia tygodniowego za 52 tygodnie przed datą urazu, wraz z nadgodzinami. Jest obliczana na podstawie zarobków brutto, nie na podstawie płacy otrzymywanej „do ręki”. Komisja obliczy dwie trzecie Twojego średniego wynagrodzenia tygodniowego, a potem skoryguje tę kwotę odpowiednio do poziomu Twojej niezdolności do pracy:

$2/3 \times \text{średnie wynagrodzenie tygodniowe} \times \% \text{niezdolności do pracy} = \text{świadczenie tygodniowe}$

Maksymalne świadczenie tygodniowe to dwie trzecie Twojego średniego wynagrodzenia za tydzień. Jeśli jesteś całkowicie niezdolny/a do pracy, otrzymasz dwie trzecie swojego tygodniowego wynagrodzenia, aż do kwoty maksymalnej (patrz niżej). Przykład: jeśli zarabiasz 750 USD tygodniowo i jesteś obecnie w 100% niezdolny/a do pracy, otrzymasz dwie trzecie kwoty 750 USD, czyli 500 USD tygodniowo. Jesteś w 100% niezdolny do pracy, dostajesz więc pełne świadczenie.

Jeśli jesteś niezdolny/a do pracy w 50% i zarabiasz 750 USD tygodniowo, Twoje świadczenie wyniesie 250 USD. Obliczenia: dwie trzecie Twojego średniego wynagrodzenia tygodniowego (750 USD) to 500 USD. Ponieważ jesteś niezdolny/a do pracy w 50%, Twoje świadczenie to połowa kwoty 500 USD, czyli 250 USD.

Stopa świadczeń jest obliczany tak samo w przypadku czasowej i trwałej niezdolności do pracy. Zależy ona od daty wypadku. Nie ulega zwiększeniu wraz ze wzrostem maksymalnej kwoty świadczeń. Wartość maksymalna jest obliczana na dzień 31 marca poprzedniego roku kalendarzowego jako 2/3 średniego wynagrodzenia w Nowym Jorku.

Data wypadku placowe	Maksymalne tygodniowe świadczenie
1 lipca 1992 – 30 czerwca 2007	\$400
1 lipca 2007 – 30 czerwca 2008	\$500
1 lipca 2008 – 30 czerwca 2009	\$550
1 lipca 2009 – 30 czerwca 2010	\$600
1 lipca 2010 – 30 czerwca 2011	\$739,83
1 lipca 2011 – 30 czerwca 2012	\$772,96
1 lipca 2012 – 30 czerwca 2013	\$792,07

Jeśli Twoja niezdolność do pracy trwa dłużej niż 14 dni, możesz otrzymywać świadczenie placowe od pierwszego dnia. W przeciwnym wypadku przez pierwszych 7 dni kalendarzowych niezdolności do pracy nie przysługuje Ci prawo do świadczeń. Opieka medyczna dotycząca urazu jest zapewniona przez cały potrzebny czas, określane przez Komisję.

Uwaga: jeśli ubezpieczyciel zakwestionuje Twoje roszczenie, może wstrzymać wypłacanie świadczenia placowego, dopóki Komisja mu tego nie nakáže.

Świadczenia z tytułu zmniejszenia zarobków

Jeśli możesz wrócić do pracy, ale doznany uraz uniemożliwia Ci zarabianie wynagrodzenia w poprzedniej wysokości, możesz mieć prawo do świadczenia wyrównującego do dwóch trzecich tej różnicy. Są to *świadczenia z tytułu zmniejszenia zarobków*.

Kategorie niezdolności do pracy

Twój lekarz określi, w jakim stopniu Twój uraz pozbawia Cię zdolności do pracy. Ubezpieczyciel może nie zgodzić się z tą oceną. Może wymagać od Ciebie poddania się *niezależnemu badaniu lekarskiemu*, prowadzonemu przez wybranego lekarza. Komisja rozpatrzy obie opinie i wyda decyzję co do Twojego *stopnia niezdolności do pracy*. Świadczenie z tytułu utraty wynagrodzenia jest uzależnione od stopnia niezdolności do pracy. Stosowane są tu cztery kategorie.

Czasowa całkowita niezdolność do pracy Nie jesteś w stanie pracować i zarabkować, ale tylko czasowo. Masz prawo do pełnego dopuszczalnego świadczenia płacowego.

Czasowa częściowa niezdolność do pracy Czasowo utraciłeś/aś część zdolności do pracy i zarabiania pełnego wynagrodzenia. Otrzymasz procentową część swojego wynagrodzenia równą wyrażonemu w procentach stopniowi niezdolności do pracy. Przykład: jeśli jesteś niezdolny/a do pracy w 25%, za czas niezdolności do pracy otrzymasz 25% przyznanego świadczenia.

Uwaga: wszystkie urazy, nawet te uznane później za *trwałe*, mają najpierw charakter *czasowy*. Wszystkie świadczenia są także ograniczone przez maksymalną kwotę tygodniową.

Trwała całkowita niezdolność do pracy Całkowicie utraciłeś/aś zdolność do pracy i zarabkowania. Liczba tygodni wypłacania świadczenia nie jest ograniczona.

Trwała częściowa niezdolność do pracy, bez częściowej utraty sprawności

Utraciłeś/aś częściowo zdolność do pracy. Jeśli uraz miał miejsce przed 13 marca 2007 r., możesz otrzymywać świadczenie, jeśli niezdolność do pracy wpływa na utratę wynagrodzenia. Osoby, które doznały urazu później, mogą otrzymywać świadczenia przez okres do 10 lat (po upływie tego czasu można wnioskować o zmianę klasyfikacji i dodatkowe świadczenia). Nawet jeśli niezdolność do pracy nie wpływa na wysokość wynagrodzenia, koszty opieki medycznej są zawsze pokrywane.

Trwała częściowa niezdolność do pracy, z częściową utratą sprawności

Ta kategoria obejmuje przypadki utraty ramienia, dłoni, palca dłoni, nogi, stopy i palca stopy oraz ich sprawności, a także utratę wzroku lub słuchu. Liczba tygodni wypłacania świadczeń w przypadku takiej utraty jest określona w przepisach.

Zniekształcenie ciała

Osoby, których twarz, głowa lub kark zostały trwale zniekształcone, mogą uzyskać odszkodowanie do 20 000 USD, zależnie od zakresu urazu i daty wypadku.

Świadczenia z tytułu niezdolności do pracy w czasie sporu

Jeśli nie otrzymujesz świadczeń, ponieważ Twoja sprawa została zakwestionowana, możesz w tym czasie otrzymywać świadczenia z tytułu niezdolności do pracy. W tym celu możesz złożyć formularz DB-45, dostępny na stronie www.WCB.NY.Gov, or by calling 1-800-353-3092. Wszystkie świadczenia z tytułu niezdolności do pracy spłacisz ze świadczeń z tytułu utraty wynagrodzenia.

Rozstrzygnięcie kwestionowanych wniosków

Ubezpieczyciele często akceptują roszczenie i szybko rozpoczynają wypłacanie świadczeń. Ubezpieczyciel może jednak zakwestionować roszczenie, z wielu powodów. Może nie zgodzić się, że doznałeś/aś urazu, może uznać, że uraz nastąpił poza okresem objętym ubezpieczeniem; może też wystąpić wiele innych sytuacji. Przedstawiciele Komisji zajmujący się analizą roszczeń i concyliacją podejmą najpierw próbę rozstrzygnięcia sprawy. Jeśli się to nie uda, Komisja zorganizuje rozprawę przed sędzią zajmującym się przepisami o odszkodowaniach pracowniczych. Sędzia wysłucha Twoich zeznań i przeanalizuje Twoją dokumentację medyczną oraz wynagrodzenie. Następnie wyda decyzję o rozstrzygnięciu sprawy i określi kwotę ewentualnego świadczenia.

Każda ze stron może odwołać się od tej decyzji. Należy to zrobić na piśmie w ciągu 30 dni od jej wydania. Analizą odwołań zajmuje się trzech przedstawicieli Komisji. Mogą oni zgodzić się z decyzją, zmienić ją częściowo lub odrzucić. Mogą też zadecydować o wyznaczeniu dodatkowych rozpraw. Ubezpieczyciele nie muszą wypłacać

świadczeń z tytułu utraty wynagrodzenia w czasie, gdy sprawa jest analizowana przez przedstawicieli Komisji. Ubezpieczyciel ma prawo zaakceptować część rozstrzygnięcia sprawy i odwołać się od innej jego części. W takim przypadku w czasie analizowania sprawy musi wypłacać zaakceptowaną część przyznanego świadczenia. Jeśli Twoje odwołanie zostanie podtrzymane przez przedstawicieli Komisji, ubezpieczyciel musi wypłacać Ci wynagrodzenie i opłacać rachunki za opiekę medyczną, nawet jeśli wnosi dalsze odwołania.

Każda ze stron może odwołać się od tej decyzji do pełnego składu Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych. Jeśli pełny skład Komisji zajmie się sprawą, może się zgodzić z decyzją, zmienić ją lub odrzucić.

Odwołania od decyzji Komisji można składać w ciągu 30 dni do Wydziału Apelacyjnego (Departament Trzeci) Sądu Najwyższego stanu Nowy Jork. Od decyzji wydanej przez ten sąd można odwołać się do Sądu Apelacyjnego.

Zawsze masz prawo do zaangażowania adwokata lub licencjonowanego przedstawiciela. Osoba ta może pobierać od Ciebie wynagrodzenie lub zrezygnować z tego. Wysokość opłaty za usługi prawne określa Komisja. **Opłata ta jest odejmowana od świadczenia z tytułu utraty wynagrodzenia.**

Świadczenia w razie śmierci

Członkom rodziny pracownika, który zmarł wskutek urazu odniesionego podczas pracy lub związanego z nią zachorowania, przysługuje określone świadczenie. Jest ono wypłacane bez względu na to, czy śmierć pracownika nastąpi bezpośrednio po urazie czy później.

Współmałżonek i dzieci pracownika będą otrzymywać dwie trzecie jego średniego tygodniowego wynagrodzenia (do wysokości maksymalnej dozwolonej kwoty tygodniowej). Świadczenie to jest wspólne dla współmałżonka i dzieci (jedno świadczenie dla wszystkich, nie dla poszczególnych osób osobno). Dzieci otrzymują świadczenie do ukończenia 18 lat (lub 23 lat, jeśli kontynuują naukę w uczelni wyższej). Jeśli dziecko jest niewidome lub niepełnosprawne fizycznie, będzie otrzymywać świadczenie przez całe życie. Współmałżonek otrzymuje świadczenie do momentu ponownego zawarcia związku małżeńskiego. W razie ponownego zawarcia związku małżeńskiego otrzymuje wypłatę końcową w wysokości świadczeń za dwa lata.

Świadczenie jest wypłacane w pierwszej kolejności współmałżonkowi i niepełnoletnim dzieciom lub wnukom pozostającym na utrzymaniu poszkodowanego. Jeśli nie ma innych osób pozostających na utrzymaniu, wypłacane jest inne świadczenie. Żyjący rodzice zmarłego pracownika mogą być uprawnieni do otrzymania 50 000 USD odszkodowania. Możliwe jest też pokrycie kosztów pogrzebu. Wysokość świadczenia pogrzebowego wynosi do 6000 USD w okręgach miejskich stanu Nowy Jork i do 5000 USD w innych okręgach.

Świadczenia z tytułu ubezpieczeń społecznych

Uraz lub choroba mogą Cię upoważniać do świadczeń z ubezpieczeń społecznych z tytułu niezdolności do pracy (Social Security Disability) oraz do odszkodowania pracowniczego. Mogą się do nich kwalifikować osoby niezdolne do pracy trwale lub przez okres dłuższy niż 12 miesięcy. Aby dowiedzieć się więcej, skontaktuj się z oddziałem zakładu ubezpieczeń społecznych (Social Security Office).

Dyskryminacja

Pracodawca nie może zwolnić Cię ani wyciągać wobec Ciebie innych konsekwencji za to, że złożysz wnioszek o odszkodowanie pracownicze. Prawo chroni Cię też przed działaniami odwetowymi za składanie zeznań w sprawie o odszkodowanie pracownicze. Pracodawca nie może również dyskryminować Cię w procesie zatrudniania. Na złożenie skargi związanej z dyskryminacją masz dwa lata. Wypełnij formularz DC-120 i przekaż go Komisji. Formularz możesz uzyskać na stronie Komisji lub dzwoniąc do jej oddziału.

Jeśli Komisja stwierdzi, że pracownik został bezpodstawnie zwolniony, nakaże pracodawcy przywrócić go na stanowisko. Pracownik otrzyma także zwrot wynagrodzenia utraconego wskutek dyskryminacji.

Choroba zawodowa

Choroba zawodowa to choroba będąca skutkiem pracy. Powstaje w wyniku określonego aspektu wykonywanej pracy. Na przykład osoby zajmujące się usuwaniem azbestu mogą zachorować na azbestozę. Osoby pracujące przy komputerach mogą cierpieć na zespół cieśni nadgarstka.

Choroba zawodowa może spowodować niezdolność do pracy, nawet jeśli cały czas do niej chodzisz.

Zasady rządzące limitami czasowymi dotyczącymi składania roszczeń związanych z chorobą zawodową są złożone. Złóż wniosek jak najszybciej, gdy dowiesz się, że jesteś chory/a, lub zaczniesz podejrzewać, że masz chorobę zawodową.

Osoby niezdolne do pracy z powodu chorób zawodowych otrzymują takie same świadczenia, jakie otrzymywałyby w razie wypadku podczas pracy. W razie śmierci osoby pozostające na utrzymaniu poszkodowanego muszą złożyć wniosek w ciągu dwóch lat od jego śmierci.

Utrata słuchu z przyczyn zawodowych

Okres złożenia wniosku o odszkodowanie za utratę słuchu z przyczyn zawodowych jest inny od terminu określonego przez przepisy w przypadku innych chorób. Przed złożeniem wniosku musi upłynąć okres karencji. Wynosi on:

- trzy miesiące po odejściu ze stanowiska, na którym pracownik był narażony na szkodliwy hałas, lub
- trzy miesiące od dnia usunięcia pracownika z zasięgu szkodliwego hałasu w miejscu pracy. Usunięcie pracownika z zasięgu hałasu może obejmować noszenie wyposażenia ochronnego, zapytaj więc o nie w pracy. W razie potrzeby możesz uzyskać pomoc w Administracji Bezpieczeństwa i Higieny Pracy (Occupational Safety and Health Administration, OSHA) pod numerem telefonu 1-800-321-OSHA.

Podczas określania terminu rozpoczęcia wypłacania świadczeń Komisja uzna ostatni dzień wybranego przez Ciebie okresu za dzień rozpoczęcia niezdolności do pracy.

W przypadku roszczeń o odszkodowanie za utratę słuchu z przyczyn zawodowych obowiązują różne limity czasowe. Możesz wystąpić z wnioskiem w zwykłym terminie dwóch lat, jeśli nastąpi to w ciągu 90 dni od momentu stwierdzenia, że utrata słuchu jest związana z Twoją pracą.

Przebieg sprawy

Niezwłocznie: uzyskaj pomoc lekarską. Powiedz swojemu przełożonemu o wypadku i o tym, jak do niego doszło. W ciągu 30 dni musisz też poinformować o wypadku (na piśmie) swojego pracodawcę. Należy także złożyć w Komisji formularz C-3.

W ciągu pierwszych 48 godzin leczenia: twój lekarz przesyła Komisji raport medyczny. Musi też przesłać jego kopie do Ciebie i Twojego przedstawiciela, a także do pracodawcy lub jego ubezpieczyciela.

W ciągu 10 dni od wypadku: pracodawca zgłasza uraz Komisji i ubezpieczycielowi.

W ciągu 14 dni od otrzymania powiadomienia o wypadku: ubezpieczyciel przekazuje poszkodowanemu pisemne powiadomienie o przysługujących mu prawach, w ciągu 14 dni od uzyskania informacji o wypadku lub z pierwszym czekiem, w zależności od tego, co nastąpi wcześniej. Jeśli będziesz musiał skorzystać z sieci świadczeniodawców ubezpieczyciela, ubezpieczyciel musi również podać ich dane kontaktowe.

W ciągu 18 dni od zdarzenia: ubezpieczyciel musi zaakceptować Twoje roszczenie lub wyjaśnić, dlaczego je kwestionuje. Informacje na ten temat musi przekazać Tobie, osobom reprezentującym Cię oraz Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych. Jeśli nie powiadomiłeś niezwłocznie swojego pracodawcy, musi on podjąć działania w ciągu 10 dni od uzyskania informacji o wypadku. Jeśli roszczenie jest kwestionowane, a Ty nie pracujesz, złóż wnioski o świadczenia z tytułu niezdolności do pracy.

Co 2 tygodnie: ubezpieczyciel wypłaca Ci odszkodowanie za utratę wynagrodzenia (jeśli wniosek został zaakceptowany). Bezpośrednio rozlicza się z Twoimi dostawcami usług medycznych. Musi też powiadomić Komisję, jeśli wstrzyma lub zmieni Twoje świadczenia.

Okresowo: odwiedzaj lekarza i korzystaj z zaleconego leczenia. Lekarz będzie przysyłać raporty o postępach do Komisji i ubezpieczyciela.

USTAWA O NIEPEŁNOSPRAWNYCH (ADA)

Ustawa o niepełnosprawnych (Americans with Disabilities Act, ADA) z 1990 r. zabrania dyskryminowania w pracy osób niepełnosprawnych.

Gwarantuje im równy dostęp do usług administracji państwowej, obiektów publicznych, transportu i telekomunikacji. Informacje na temat ustawy ADA i praw, które przyznaje ona osobom niepełnosprawnym, można uzyskać w ośrodku Northeast ADA Center pod numerem telefonu 1-800-949-4232 i adresem e-mail northeastada@cornell.edu. Pytania dotyczące zgłaszania roszczeń związanych z dyskryminacją pracowników należy kierować do Komisji ds. Równouprawnienia Zawodowego (Equal Employment Opportunity Commission, EEOC) pod numerem telefonu 1-800-669-4000.

Często zadawane pytania na temat przepisów

P. Czego dotyczą przepisy o odszkodowaniach pracowniczych?

A. Urazów doznanych podczas pracy, zachorowań związanych z pracą oraz chorób zawodowych.

P. Co się stanie, jeśli nie złożę wniosku o odszkodowanie pracownicze?

A. Możesz utracić prawo do świadczeń z tytułu utraty wynagrodzenia i opieki medycznej. Choć ubezpieczyciel Twojego pracodawcy musi powiadomić Komisję, jeśli przyjmie lub zakwestionuje Twoją sprawę, musisz złożyć formularz C-3, zgłaszając swój uraz lub swoje zachorowanie.

P. W jaki sposób określana jest wysokość świadczenia pieniężnego za czasową całkowitą niezdolność do pracy?

O. Wysokość świadczenia pieniężnego za czasową całkowitą niezdolność do pracy to dwie trzecie średniego wynagrodzenia tygodniowego zarabianego w roku poprzedzającym wypadek. Określona jest maksymalna wysokość kwoty, którą możesz otrzymywać tygodniowo (patrz str. 6). Maksymalna wysokość świadczenia zależy od przepisów obowiązujących w dniu urazu.

P. Czy opieka medyczna jest zapewniona także wtedy, jeśli nie przestanę chodzić do pracy?

O. Tak. Opieka medyczna dotycząca Twojego urazu lub zachorowania jest zapewniona także wtedy, jeśli nie przestaniesz chodzić do pracy.

P. Czy na opiekę medyczną trzeba czekać?

A. Nie, ale lekarze muszą występować o autoryzację w przypadku zabiegów, których koszt jednostkowy przekracza

1000 USD (próg ten dotyczy pojedynczego zabiegu, nie łącznego kosztu opieki). Ubezpieczyciele muszą odpowiadać na takie wnioski w ciągu 30 dni. Autoryzacja nie jest konieczna w przypadkach nagłych.

P. Czy lekarz może podjąć leczenie, jeśli ubezpieczyciel nie odpowie na wniosek o autoryzację?

O. Tak. Ubezpieczyciele mają 30 dni, aby odpowiedzieć na wniosek o autoryzację. Jeśli ubezpieczyciel nie odpowie w ciągu 30 dni, dostawca może wyświadczyć usługi. Jeśli usługą jest badanie diagnostyczne, a ubezpieczyciel wymaga, aby poszkodowany skorzystał z jego sieci placówek medycznych, badanie należy przeprowadzić u dostawcy należącego do sieci.

P. Czy przepisy obejmują leki wydawane na receptę?

O. Tak. Po zaakceptowaniu Twojego roszczenia apteki mogą rozliczać się bezpośrednio z ubezpieczycielem. Możesz otrzymać kartę lub inny dokument potwierdzający fakt objęcia ochroną; należy go pokazywać w aptece. Jeśli ubezpieczyciel posiada sieć aptek, poinformuje Cię o tym. Musisz korzystać z ich usług. Jedynymi wyjątkami są nagłe sytuacje medyczne lub przypadki, w których apteki nie oferują sprzedaży zdalnej i żadnej ich placówki nie ma w rozsądnej odległości od miejsca Twojego zamieszkania. Przed zaakceptowaniem roszczenia konieczne może być zapłacenie za usługi apteki. Ubezpieczyciel musi wówczas zwrócić Ci poniesione koszty po zaakceptowaniu roszczenia. Nie ma możliwości współpłatności.

P. Co stanie się, jeśli ubezpieczyciel zakwestionuje wniosek o odszkodowanie?

O. Aby zakwestionować roszczenie, ubezpieczyciel musi powiadomić o tym Komisję w ciągu 18 dni od wystąpienia niezdolności do pracy lub 10 dni od otrzymania informacji o wypadku (zależnie od tego, który z tych terminów przypadł później). Ubezpieczyciel musi wyjaśnić, dlaczego kwestionuje roszczenie. Masz wówczas prawo do obrony swojej sprawy przed Komisją. Otrzymasz powiadomienie o rozprawie wstępnej. Komisja stara się rozstrzygać większość spraw w ciągu 90 dni.

P. Czy muszę przejść badanie lekarskie, jeśli pracodawca lub ubezpieczyciel tego zażąda?

O. Tak. Pracodawca lub ubezpieczyciel może skierować Cię na badanie prowadzonego przez wykwalifikowanego dostawcę usług, upoważnionego przez Komisję i znajdującego się w rozsądnej odległości dojazdu. Odmowa udziału w takim badaniu może wpłynąć na rozpatrzenie Twojego wniosku.

P. Czy ubezpieczyciel może zawiesić lub zmienić świadczenia gotówkowe?

A. Tak, ale masz wówczas prawo do rozprawy. Ubezpieczyciel musi przedstawić Komisji uzasadnienie zmian, a Komisja podejmie ostateczną decyzję. Po podjęciu decyzji przez Komisję ubezpieczyciel nie może zmienić Twoich świadczeń bez zgody Komisji.

P. Czy muszę korzystać z usług adwokata?

O. Nie, ale adwokat może być pomocny w sprawach kwestionowanych i skomplikowanych. Możesz samodzielnie występować

w swoim imieniu albo korzystać z usług adwokata lub licencjonowanego przedstawiciela (listę licencjonowanych przedstawicieli można znaleźć na stronie internetowej Komisji w części **Representatives** (Przedstawiciele)). Wszystkie opłaty są zatwierdzane przez Komisję i odejmowane od przyznanego Ci odszkodowania. **Nie płać swojemu doradcy bezpośrednio.**

P. Co mogę zrobić, jeśli nie zgadzam się z decyzją Komisji?

O. Możesz odwołać się od decyzji na piśmie w ciągu 30 dni od jej wydania. Musisz wyjaśnić, dlaczego się z nią nie zgadzasz. Przedstawiciele Komisji przeanalizują Twoją sprawę. Jeśli nie zgodzisz się z tą analizą, możesz odwołać się do pełnego składu Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych. Komisja może uwzględnić Twoje odwołanie, ale nie ma takiego obowiązku.

P. Co mogę zrobić, jeśli nie satysfakcjonuje mnie wynik odwołania?

O. W ciągu 30 dni od doręczenia decyzji możesz odwołać się do Działu Apelacji (Departament Trzeci).

P. Czy podawanie we wnioskach fałszywych informacji jest karalne?

O. Umyślne podawanie nieprawdziwych informacji dotyczących sprawy w celu uzyskania świadczeń jest przestępstwem. Kary obejmują do siedmiu lat pozbawienia wolności i grzywny. Wnioskodawca może też utracić prawo do świadczeń. Przestępstwem jest także zgłaszanie przez ubezpieczyciela fałszywych zastrzeżeń w celu odmówienia pracownikowi świadczeń, do których jest on uprawniony.

Lista oddziałów Komisji

Obsługa klienta

1.877.632.4996

Rzecznik Przedsiębiorstw

1.800.628.3331

Rzecznik Poszkodowanych Pracowników

1.800.580.6665

Telefoniczne zgłaszanie oszustw

1.888.363.6001

Opieka medyczna

1.800.781.2362

Świadczenia z tytułu niezdolności do pracy

1.800.353.3092

Albany District Office

100 Broadway - Menands
Albany, NY 12241
1.866.750.5157

Binghamton District Office

State Office Bldg.,
44 Hawley Street
Binghamton, NY 13901
1.866.802.3604

Brooklyn District Office

111 Livingston Street
Brooklyn, NY 11201
1.800.877.1373

Buffalo District Office

Ellicott Square Building
295 Main Street - Suite 400
Buffalo, NY 14203
1.866.211.0645

Long Island District Office

220 Rabro Drive, Suite 100
Hauppauge, NY 11788-4230
1.866.681.5354

Manhattan District Office

215 W. 125th Street
New York, NY 10027
1.800.877.1373

Peekskill District Office

41 North Division Street
Peekskill, NY 10566
1.866.746.0552

Queens District Office

168-46 91st Avenue
Jamaica, NY 11432
1.800.877.1373

Rochester District Office

130 Main Street West
Rochester, NY 14614
1.866.211.0644

Syracuse District Office

935 James Street
Syracuse, NY 13203
1.866.802.3730

Adres korespondencyjny w sprawach związanych z odszkodowaniami:

NYS Workers' Compensation Board Centralized Mailing
PO Box 5205 • Binghamton, NY • 13902-5205