

Stan Nowy Jork – Komisja ds. Odszkodowań Pracowniczych
Instrukcje wypełniania formularza C-2F
„Pierwszy raport pracodawcy o obrażeniu/chorobie związanej z pracą”

Wprowadź nazwisko pracownika, który odniósł obrażenia w górnej części raportu. Wypełnij datę obrażenia/choroby zgodnie ze stanem wiedzy. W przypadku braku numeru sprawy Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych lub numeru zgłoszenia administratora roszczenia należy zostawić odpowiednie pole puste. Przetworzenie formularza nie jest wymagane.

Informacje dot. ubezpieczyciela / administratora zgłoszenia:

- **Nazwa ubezpieczyciela** – nazwa ubezpieczyciela ds. odszkodowań pracowniczych lub nazwa grupy w przypadku samodzielnego ubezpieczenia.
- **Identyfikator ubezpieczyciela** – nr kodu ubezpieczyciela (nr **W**) wydany przez Komisję ds. Odszkodowań Pracowniczych. Jeśli nie znasz numeru **W**, skontaktuj się z ubezpieczycielem.
- **Nazwa** – nazwa administratora zgłoszenia (biuro zajmujące się oszacowaniem roszczenia i jego obsługą).
- **Info/Do** – wszelkie dodatkowe istotne informacje kontaktowe dla administratora zgłoszenia.
- **Adres, miasto, stan, kod pocztowy i kraj** – adres administratora zgłoszenia, jeśli jest znany.
- **Identyfikator administratora zgłoszenia** – numer kodu ubezpieczyciela (numer **W**) lub numer administratora będącego stroną trzecią (numer **T**) wydane przez Komisję ds. Odszkodowań Pracowniczych. Jeśli nie znasz numeru administratora będącego stroną trzecią (numer **T**), skontaktuj się z administratorem zgłoszenia.

Informacje dot. pracownika:

- **Imię, inicjał drugiego imienia, nazwisko, tytuł** – pełna nazwa prawna pracownika, który odniósł obrażenia.
- **Adres korespondencyjny, miasto, stan, kod pocztowy i kraj** – pełen adres pracownika, który odniósł obrażenia.
- **Numer telefonu** – numer telefonu pracownika, włączając kod kierunkowy.
- **Data zatrudnienia** – data zatrudnienia pracownika.
- **Data urodzenia** – data urodzenia pracownika.
- **Płeć** – zaznacz odpowiednią płeć.
- **Nr SSN pracownika** – numer ubezpieczenia społecznego (SSN) pracownika.
- **Opis zawodu** – określ główny zawód pracownika w momencie wypadku

Informacje dot. zgłoszenia

- **Godzina obrażenia** – godzina, o której doszło do obrażenia/choroby.
- **Data, gdy pracodawca dowiedział się o obrażeniu** – data poinformowania pracodawcy o obrażeniu/chorobie.
- **Stan zatrudnienia** – stosowny stan zatrudnienia pracownika (np. pełen wymiar, niepełen wymiar, pracownik sezonowy, wolontariusz itd.).
- **Data, gdy pracodawca dowiedział się o niepełnosprawności** – data powiadomienia lub uzyskania wiedzy przez pracodawcę o niepełnosprawności/kalectwie pracownika związanym z pracą.
- **Szacunkowe wynagrodzenie tygodniowe** – podaj średnie wynagrodzenie tygodniowe pracownika przed obrażeniem/chorobą.
- **Liczba dni przepracowanych tygodniowo** – podaj liczbę normalnie zaplanowanych dni roboczych na tydzień (1-7).
- **Typ tygodnia pracy** – zaznacz typ tygodnia pracy, obowiązujący w momencie obrażenia. Standardowy (5 dni, zaplanowany od poniedziałku do piątku), stały (ustalony zestaw przepracowanych dni, lecz nie zaplanowany na 5 dni, od poniedziałku do piątku) lub zmienny (pracownik nie ma określonego harmonogramu dni pracy).
- **Zaplanowane dni robocze** – zaznacz, które dni tygodnia odpowiadają harmonogramowi pracy w momencie obrażenia. W przypadku wybrania typu tygodnia „Zmienny tydzień pracy” pole to może być puste.

Obrażenie pracownika:

- **Pełne wynagrodzenie wypłacone za dzień obrażenia** – zaznacz *Tak* lub *Nie*.
- **Pracodawca zapłacił pensję zamiast odszkodowania** – zaznacz *Tak* lub *Nie*, aby wskazać, czy pracownik otrzymał wynagrodzenie po chorobie/obrażeniu, takie jak urlop chorobowy lub zasiłek dla niepełnosprawnych.
- **Pierwsza pomoc** – zaznacz rodzaj pierwszej pomocy.
- **Śmierć w wyniku obrażenia** – zaznacz *Tak*, *Nie* lub *Nie wiem*, aby wskazać, czy obrażenie/choroba skutkowałą śmiercią.
- **Data zgonu** – wskaż datę zgonu, jeśli ma zastosowanie.
- **Liczba osób zależnych** – liczba osób zależnych, *jeśli jest znana (wyłącznie w przypadku śmierci)*.
- **Rodzaj obrażenia** – wskaż rodzaj obrażenia (np. skaleczenie, oparzenia, złamanie, nadwyrężenie itd.).
- **Część ciała** – wskaż część ciała, która odniosła obrażenia (np. lewa ręka, prawa stopa, głowa, wiele części ciała, itd.).
- **Przyczyny obrażenia** – wskaż, co spowodowało obrażenie (np. pojazd samochodowy, maszyna, nadwyrężenie lub obrażenie podczas podnoszenia itd.).
- **Opis wypadku/obrażenia** – opisz, jak doszło do wypadku oraz skutkujące obrażenia.

Stan zatrudnienia:

- **Data ostatniego przepracowanego dnia** – ostatni przepracowany dzień przed nieobecnością.
- **Rodzaj powrotu do pracy** – zaznacz *Faktyczny* dla pracownika, który faktycznie wrócił do pracy lub *Zezwolenie na wykonywanie pracy* dla pracownika, który otrzymał zezwolenie lekarskie na wykonywanie pracy, jednak tego nie zrobił.
- **Data rozpoczęcia niepełnosprawności** – pierwszy dzień niepełnosprawności (nieobecności) po spełnieniu wymagania 7-dniowego okresu oczekiwania. Jeśli pracownik był członkiem personelu pogotowia ratunkowego lub ochotniczej straży pożarnej, nie obowiązuje 7-dniowy okres oczekiwania.
- **Ograniczenia fizyczne** – zaznacz *Tak*, jeśli pracownik wrócił do pracy z ograniczeniami; zaznacz *Nie*, jeśli pracownik wrócił do pracy bez ograniczeń.
- **Data wstępnego powrotu do pracy** – jeśli pracownik wrócił do pracy, wskaż datę pierwszego dnia powrotu do pracy.
- **Powrót do pracy u tego samego pracodawcy** – zaznacz *Tak* lub *Nie*.

Lokalizacja zdarzenia i świadkowie:

- **Placówka** – zaznacz odpowiednią lokalizację, w której doszło do obrażenia. *Pracodawca* – do wypadku doszło w placówce pracodawcy; *Najemca* – do wypadku doszło w placówce najemcy, przez którego pracownik został zatrudniony do pracy; lub *Inne* – do wypadku doszło w miejscu innym niż u pracodawcy, przez którego został zatrudniony pracownik. Zaznacz *Pracodawca*, jeśli pracownik był członkiem personelu pogotowia ratunkowego lub ochotniczej straży pożarnej i odniósł obrażenia podczas pracy na służbie / w jednostce. Zaznacz *Inne*, jeśli pracownik odniósł obrażenia podczas oficjalnej pracy jako członek personelu pogotowia ratunkowego lub ochotniczej straży pożarnej innej niż tej, której jest członkiem.
- **Nazwa firmy** – nazwa firmy, w której doszło do obrażenia/choroby.
- **Adres korespondencyjny, miasto, stan, kod pocztowy i kraj** – adres miejsca, w którym doszło do obrażenia/choroby.
- **Opis lokalizacji** – podaj dodatkowy opis lokalizacji (np. budynek C, 4.piętro, pokój 101).
- **Służbowy nr telefonu do świadków** – wskaż nazwisko i służbowy numer telefonu do świadków obrażenia/choroby.

Informacje dot. pracodawcy:

- **Nazwa** – nazwa firmy lub właściciela i nazwa, pod którą prowadzony jest biznes. Jeśli pracownik był członkiem personelu pogotowia ratunkowego lub ochotniczej straży pożarnej, należy wprowadzić nazwę pododdziału politycznego.
- **FEIN pracodawcy** – Twój federalny numer identyfikacyjny pracodawcy (Federal Employer Identification Number, FEIN). To federalny numer identyfikacji podatkowej. Jeśli nie posiadasz FEIN, wprowadź numer ubezpieczenia społecznego. Jeśli dotyczy pracodawcy personelu pogotowia ratunkowego lub ochotniczej straży pożarnej, należy wprowadzić FEIN pododdziału politycznego.
- **Numer UI** – podaj pierwsze 7 cyfr numeru rejestracyjnego ubezpieczenia dla osób bezrobotnych miasta Nowy Jork (New York Unemployment Insurance, NY UI) (UIER). Jest to numer stosowany do dokonywania zgłoszeń do Wydziału Pracy.
- **Ręczny kod klasyfikacji** – ręczny kod klasyfikacji komisji oceniającej ds. odszkodowań miasta Nowy Jork (New York Compensation Insurance Rating Board, NYCIRB), jeśli jest znany. Można go znaleźć na polisie ubezpieczeniowej dot. odszkodowań pracowniczych.
- **Kod branży** – północnoamerykański system klasyfikacji branż (North American Industry Classification System, NAICS). Jeśli nie znasz NAICS, opisz typ lub istotę działalności, tak dokładnie, jak to możliwe (np. restauracja, budowa, handel).
- **Info/Do.** – wskaż wszelkie dodatkowe istotne informacje kontaktowe dla pracodawcy.
- **Adres korespondencyjny, miasto, stan, kod pocztowy i kraj** – adres główny pracodawcy, gdzie dostarczana jest poczta (taki jak biuro główne). Uwzględnij skrzynki pocztowe.
- **Adres fizyczny, miasto, stan, kod pocztowy i kraj** – adres fizyczny pracodawcy (jeśli się różni).
- **Nazwisko przełożonego oraz służbowy numer telefonu przełożonego** – wskaż nazwisko i numer telefonu bezpośredniego przełożonego pracownika, włączając kod kierunkowy.

Informacje o osobie ubezpieczonej:

- **Nazwisko osoby ubezpieczonej** – nazwisko ubezpieczonego podmiotu. Jeśli pracownik był członkiem personelu pogotowia ratunkowego lub ochotniczej straży pożarnej, należy wprowadzić nazwę pogotowia ratunkowego lub straży pożarnej.
- **FEIN osoby ubezpieczonej** – federalny numer identyfikacyjny osoby ubezpieczonej (FEIN). To federalny numer identyfikacji podatkowej. Jeśli nie posiadasz FEIN, wprowadź numer ubezpieczenia społecznego. Jeśli osoba ubezpieczona była członkiem personelu pogotowia ratunkowego lub ochotniczej straży pożarnej, należy wprowadzić FEIN pogotowia ratunkowego lub straży pożarnej.
- **Identyfikator lokalizacji osoby ubezpieczonej** – wskazać identyfikator lokalizacji osoby ubezpieczonej, jeśli istnieje (np. Store 202, Jobsite 51, itd.).
- **Typ osoby ubezpieczonej** – zaznaczyć rodzaj ubezpieczenia: *Ubezpieczony*, *Samodzielnie ubezpieczony* lub *Nieubezpieczony*.
- **Numer identyfikacyjny polisy** – numer polisy ubezpieczeniowej dot. odszkodowań pracowniczych.
- **Data wejścia w życie polisy i data wygaśnięcia polisy** – daty wejścia i wygaśnięcia polisy.