



**Informacje dot. zgłoszenia - WSZYSTKIE PISMA POWINNY ZAWIERAĆ TE NUMERY**

Data obrażenia/choroby: \_\_\_\_\_ Nr sprawy WCB: \_\_\_\_\_ Moje ograniczone świadczenia PPD wygasną dnia (MM/DD/RRRR): \_\_\_\_\_

**Informacje dot. pracownika**

Nazwisko: \_\_\_\_\_ Imię: \_\_\_\_\_ Drugie imię: \_\_\_\_\_

Adres do korespondencji: \_\_\_\_\_ 2 wiersz: \_\_\_\_\_

Miasto: \_\_\_\_\_ Stan: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_ Kraj: \_\_\_\_\_

Nr tel. dziennego: \_\_\_\_\_ Adres e-mail: \_\_\_\_\_

**W przypadku składania formularza C-35** - Skorzystać z tego formularza w przypadku poszkodowanych pracowników składających wiosek o ponowne rozpatrzenie z powodu wyjątkowych trudności opisanych w paragrafie 35(3) ustawy o odszkodowaniach pracowniczych i sklasyfikowanych jako stale, częściowo niepełnosprawnych z utratą możliwości uzyskania wynagrodzenia większą niż 75%, i ograniczone świadczenia wygasną w ciągu roku (365 dni od dnia dzisiejszego).

**Dochód gospodarstwa domowego niebędący wynagrodzeniem** - Wymienić cały dochód poza pensją otrzymywaną miesięcznie.

	Poszkodowany pracownik	Małżonek(-ka)	Inna osoba dorosła mieszkająca wspólnie z poszkodowanym pracownikiem
Świadczenia z tytułu odszkodowań pracowniczych	_____	_____	_____
Zasiłek dla osób niepełnosprawnych z pomocy społecznej	_____	_____	_____
Zasiłek emerytalny z pomocy społecznej	_____	_____	_____
Dochód z tytułu świadczeń alimentacyjnych	_____	_____	_____
Alimenty dla współmałżonka	_____	_____	_____
Inny dochód (określić): _____	_____	_____	_____
Inny dochód (określić): _____	_____	_____	_____
Inny dochód (określić): _____	_____	_____	_____
<b>ŁĄCZNY dochód gospodarstwa domowego poza wynagrodzeniem</b>	_____	_____	_____

**Niezbędne do życia wydatki miesięcznie** - Wymienić wydatki miesięczne. W przypadku wydatków płatnych inaczej niż raz w miesiącu, patrz instrukcje.

Wydatki gospodarstwa domowego	Wydatki miesięczne	Inne wydatki (określić)	Wydatki miesięczne
Czynsz lub hipoteka	_____	_____	_____
Energia elektryczna, olej/gaz, woda/śmieci	_____	_____	_____
Telefon / tel. komórkowy / telewizja kablowa / Internet	_____	_____	_____
<b>ŁĄCZNE wydatki gospodarstwa domowego</b>			_____

**Inne czynniki przyczyniające się do wyjątkowych trudności** - Należy skorzystać z tego miejsca lub dołączyć dodatkowe arkusze papieru, aby zapewnić szczegółowe informacje o innych czynnikach wpływających na wyjątkowe trudności.

Podpis poszkodowanego pracownika: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Osoby, które świadomie oraz Z ZAMIAREM OSZUSTWA przedstawiają, wpływają na przedstawienie lub przygotowują świadomie lub w przekonaniu, że zostaną przedstawione firmie ubezpieczeniowej lub osobie samodzielnie ubezpieczonej wszelkie informacje zawierające FAŁSZYWE, ISTOTNE OŚWIADCZENIA lub osoby ukrywające wszelkie istotne fakty, BĘDĄ WINNE PRZESTĘPSTWA oraz będą podlegać znaczącym GRZYWNOM ORAZ KARZE WIĘZIENIA.

## Do poszkodowanego pracownika - informacje ogólne dotyczące korzystania z tego formularza

Niniejszy formularz (C-35) oraz wszelkie załączniki można złożyć przed Komisją ds. Odszkodowań Pracowniczych faksem, w wiadomości e-mail lub pocztą zwykłą. Patrz dane adresowe poniżej. Należy zachować kopię wypełnionego formularza oraz dokumentacji pomocniczej. Po sprawdzeniu przez Komisję wypełnionego formularza możemy skontaktować się z wnioskodawcą w celu uzyskania dodatkowych informacji. Jeśli formularz nie zawiera wystarczającego miejsca w celu uwzględnienia wszelkich istotnych informacji, należy dołączyć dodatkowe informacje w oddzielnym dokumencie. Należy oznaczyć wszystkie dokumenty wyraźnie nazwiskiem, numerem sprawy WCB oraz datą choroby lub obrażeń.

1. Formularz jest przeznaczony wyłącznie dla poszkodowanych pracowników sklasyfikowanych jako stale, częściowo niepełnosprawnych z utratą możliwości uzyskania wynagrodzenia większą niż 75%.
2. Formularz ten może być złożony przed Komisją ds. Odszkodowań Pracowniczych w ciągu roku przed zaplanowanym zakończeniem wypłaty świadczeń odszkodowawczych. Formularze złożone wcześniej niż rok przed datą zakończenia wypłaty świadczeń zostaną zwrócone i nie zostaną przetworzone.
3. Należy skorzystać z tego formularza w celu podania dochodu ze wszystkich źródeł, włączając osoby mieszkające w tym samym gospodarstwie domowym, co poszkodowany pracownik. Załączyć w razie konieczności dodatkowe strony. Należy skorzystać z tego formularza w celu wymienienia wydatków gospodarstwa domowego oraz innych czynników wpływających na wyjątkowe trudności.

Podać kwoty miesięczne wydatków. W przypadku wszelkich wydatków płaconych inaczej niż raz w miesiącu przeliczyć w następujący sposób:

Jeśli rachunek jest opłacany...	Obliczyć kwotę miesięczną...
Co kwartał	Dzieląc przez 3
Co tydzień	Mnożąc przez 4,3
Co dwa tygodnie	Mnożąc przez 2,17
Dwa razy w miesiącu	Mnożąc przez 2

4. Przedstawić dokumentację wszystkich wydatków oraz dochodu gospodarstwa domowego wymienionych w C-35. Niekompletne wnioski mogą zostać opóźnione do czasu otrzymania wszystkich informacji.

Wypełnić dane identyfikujące w górnej części formularza C-35 oraz wysłać formularz ZE WSZYSTKIMI ODPOWIEDNIMI INFORMACJAMI na adres:

**Worker's Compensation Board**  
**PO Box 5205**  
**Binghamton, NY 13902-5205**

**Adres e-mail do składania wniosków: [wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov](mailto:wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov) • Stanowy numer faksu: (877) 533-0337**

**Ujawnienie informacji:** Komisja nie ujawnia żadnych informacji na temat sprawy żadnej nieupoważnionej stronie bez uzyskania zgody. W przypadku zgody na ujawnienie informacji nieupoważnionej stronie należy złożyć oryginalny, podpisany formularz OC-110A, Zgoda wnioskodawcy na ujawnienie dokumentacji dot. odszkodowania pracowniczego (Claimant's Authorization to Disclose Workers' Compensation Records) przed Komisją lub w formie oryginalnego, podpisanego, poświadczonego notarialnie pisma ze zgodą. Można skontaktować się telefonicznie z lokalnym biurem WCB w celu przesłania formularza OC-110 A lub pobrać go ze strony internetowej [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov). Można go znaleźć pod nagłówkiem Common Forms Online (popularne formularze online). Wysłać wypełniony formularz zgody na adres podany powyżej.

**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 uprawnienia 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 posiadanych danych osobowych, ujawniając je wyłącznie w celu wykonywania oficjalnych obowiązków oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami stanowymi i federalnymi.