



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): _____ | _____ | _____ | _____ |
| ŁĄCZNY dochód gospodarstwa domowego poza wynagrodzeniem | _____ | _____ | _____ |

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 | _____ | _____ | _____ |
| ŁĄCZNE wydatki gospodarstwa domowego | | | _____ |

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 • 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. 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.