

**WNIOSEK O WZNOWIENIE POSTĘPOWANIA W SPRAWIE ROSZCZENIA
W SPRAWIE WYPADKU SPRZED PONAD SIĘMIU LAT**

UWAGA: Formularz należy niezwłocznie złożyć u przewodniczącego Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych, w razie potrzeby wraz z zaświadczeniem lekarza prowadzącego (formularz C-27), w urzędzie rejonowym, w którym sprawa została zamknięta. Należy wypełnić informacje na drugiej stronie.

**NALEŻY UDZIELIĆ WYCZERPUJĄCYCH ODPOWIEDZI NA WSZYSTKIE PYTANIA - WYPEŁNIĆ KOMPUTEROWO
LUB WYRAŹNIE DRUKOWANYMI LITERAMI**

Nr sprawy WCB _____ Data wypadku _____ Numer ubezpieczenia społecznego osoby wnoszącej roszczenie _____

1. Imię i nazwisko osoby poszkodowanej _____ Płeć M K X Data urodzenia _____

Obecny adres _____ Nr mieszkania _____

2. Pracodawca (w chwili wypadku) _____

Adres _____

3. Data ostatniego zatrudnienia u tego pracodawcy. _____

4. Imię i nazwisko obecnego lekarza prowadzącego _____

Adres _____

5. Jeżeli poszkodowany pracownik nie żyje, podać datę zgonu _____

6. Charakter obrażenia _____

7. Podać konkretne powody wnioskowania o wznowienie sprawy _____

8. DOKUMENTACJA LECZENIA OD WYPADKU (Wymienić wszystkich lekarzy i szpitale):

<u>Lekarz lub szpital</u>	<u>Adres</u>	<u>Okres</u>
_____	_____	Od _____ Do _____
_____	_____	Od _____ Do _____
_____	_____	Od _____ Do _____

9. Czy początkowo w chwili wypadku dostarczono Panu(-i) dowolne urządzenie lub sprzęt w związku z urazem lub zapewniono leczenie? Tak Nie

(a) Jeśli „Tak”, kto to zapewnił i kto za to zapłacił? _____

(b) Czy urządzenie to zostało wymienione lub naprawione? Tak Nie

(c) Jeśli „Tak”, przez kogo i kiedy? _____

10. Czy w ciągu ostatnich 8 lat pracodawca lub ubezpieczyciel zapewnił Panu(-i) dowolne leczenie medyczne lub chirurgiczne lub opiekę szpitalną? Tak Nie

11. Czy w ciągu ostatnich 8 lat pracodawca lub ubezpieczyciel zapewnił Panu(-i) lub naprawił urządzenie lub sprzęt zastępujący część lub funkcję ciała? Tak Nie

12. Czy w związku z wypadkiem wytoczył(a) Pan(i) komuś proces sądowy poza złożeniem wniosku o odszkodowanie? Tak Nie

Jeśli „Tak”, należy podać następujące informacje:

Imię i nazwisko adwokata _____

Data ugody _____ Kwota ugody: USD _____

Przesłać kopię dokumentów dotyczących ugody, jeśli są dostępne.

(Wypełnić informacje na odwrocie)

C-25(6-22)

C-25

C-25

C-25

C-25

C-25

C-25

13. Czy w ciągu ostatnich 8 lat wypłacono Panu(-i) dowolne odszkodowanie? Tak Nie
 Jeśli „Tak”, należy podać następujące informacje:
- (a) Kiedy dokonano ostatniej płatności? _____
- (b) Kto dokonał płatności? _____
- (c) Czy przydzielono Panu(-i) lżejsze obowiązki? Tak Nie
- (d) Jeśli Tak w pkt. (c), czy otrzymano świadczenia za obniżone zarobki? Tak Nie
14. Czy od czasu zamknięcia sprawy doznał(a) Pan(i) innego urazu? Tak Nie
 Jeśli „Tak”, należy podać następujące informacje:
- (a) Charakter urazu _____
- (b) Data wypadku _____
- (c) Nazwa/imię i nazwisko pracodawcy _____
- (d) W.C.B. Numer sprawy _____
- (e) Data ostatniej rozprawy _____
15. Czy obecnie pracuje Pan(i)? Tak Nie
 Jeśli Pan(i) obecnie **nie** pracuje, czy jest Pan(i) na emeryturze? Tak Nie
 Jeśli Pan(i) obecnie **pracuje**, należy podać następujące informacje:
- (a) Nazwa/imię i nazwisko ostatniego pracodawcy _____
 Adres _____
 Numer rejestracyjny pracodawcy dot. ubezpieczenia na wypadek bezrobocia w stanie Nowy Jork (jeżeli jest znany)
- (b) Kiedy rozpoczął się obecny okres niezdolności do pracy? _____
 (Data)
- (c) Podać datę pierwszego i ostatniego dnia pracy w tym miejscu bezpośrednio przed wystąpieniem obecnej niezdolności do pracy:
 Pierwszy przepracowany dzień _____ Ostatni przepracowany dzień _____
- (d) Czy otrzymuje Pan(i) świadczenia z tytułu niezdolności do pracy za obecny okres niezdolności do pracy? ... Tak Nie
 Jeśli „Tak”, od kogo? _____

KAŻDA OSOBA, KTÓRA ŚWIADOMIE I Z ZAMIAREM OSZUKANIA PRZEDSTAWIA, DOPROWADZA DO PRZEDSTAWIENIA LUB PRZYGOTOWUJE Z WIEDZĄ LUB PRZEKONANIEM, ŻE ZOSTANĄ ONE PRZEDSTAWIONE UBEZPIECZYCIELOWI LUB OSOBIE SAMOUBEZPIECZAJĄCEJ SIĘ LUB PRZEZ NICH, DOWOLNE INFORMACJE ZAWIERAJĄCE FAŁSZYWE ISTOTNE OŚWIADCZENIE LUB ZATAJA JAKIEKOLWIEK ISTOTNE FAKTY, JEST WINNA PRZESTĘPSTWA I PODLEGA ZNACZNYM KAROM FINANSOWYM I KARZE POZBAWIENIA WOLNOŚCI.

Podpis osoby wnoszącej roszczenie _____ Nr telefonu _____ Data _____
 Adres pocztowy _____

WAŻNE

Przed zapewnieniem leczenia lub zaopatrzenia medycznego należy uzyskać upoważnienie od przewodniczącego Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych. W przeciwnym razie osoba wnosząca roszczenie będzie odpowiedzialna za wspomniane leczenie lub zaopatrzenie medyczne.

Powiadomienie zgodne z nowojorską ustawą o ochronie prywatności (art. 6-A ustawy o funkcjonariuszach publicznych) oraz federalną ustawą o ochronie prywatności z 1974 r. (5 USC § 552a).

Uprawnienia Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych (Workers' Compensation Board) (Komisji) do żądania od osób wnoszących roszczenia podania danych osobowych, w tym numeru ubezpieczenia społecznego, wynikają z jej prawa do prowadzenia dochodzeń na mocy ustawy o odszkodowaniach pracowniczych (Workers' Compensation Law, WCL) § 20 oraz jej uprawnień administracyjnych na mocy WCL § 142. Informacje te są gromadzone, aby pomóc Komisji w badaniu i zarządzaniu roszczeniami w możliwie najwłaściwszy sposób oraz aby pomóc w prowadzeniu dokładnych rejestrów roszczeń. Podanie Komisji numeru ubezpieczenia społecznego jest dobrowolne. Niepodanie numeru ubezpieczenia społecznego w tym formularzu nie wiąże się z żadnymi karami; nie spowoduje to odrzucenia roszczenia ani obniżenia świadczeń. Komisja będzie chronić poufność wszystkich posiadanych danych osobowych, ujawniając je wyłącznie w celu wypełnienia swoich oficjalnych obowiązków i zgodnie z obowiązującym prawem stanowym i federalnym.

IF YOU HAVE QUESTIONS OR NEED ADVICE ABOUT YOUR CLAIM, YOU MAY CALL OR VISIT THE NEAREST OFFICE OF THE WORKERS' COMPENSATION BOARD.
 W RAZIE PYTAŃ LUB CHĘCI UZYSKANIA PORADY ODNOŚNIE ROSZCZENIA, MOŻNA ZADZWONIĆ LUB ODWIEDZIĆ NAJBLIŻSZE BIURO KOMISJI DS. ODSZKODOWAŃ PRACOWNICZYCH