



Informacje o roszczeniu - W CAŁEJ KORESPONDENCJI NALEŻY PODAWAĆ TE NUMERY

Data wystąpienia obrażenia/choroby: _____ Numer sprawy WCB: _____

Informacje o poszkodowanym pracowniku

Zaznaczyć w przypadku nowego adresu

Nazwisko: _____ Imię: _____ Inicjał drugiego imienia: _____

Adres pocztowy: _____ Wiersz 2: _____

Miejscowość: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____ Kraj: USA

Nr tel. do kontaktu w ciągu dnia: _____ Adres e-mail: _____

Nr ubezpieczenia społecznego: _____ Data urodzenia: _____ Płeć: M K X

Informacje o pracodawcy

Imię i nazwisko/Nazwa pracodawcy: _____

Adres pocztowy: _____ Wiersz 2: _____

Miejscowość: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____ Kraj: USA

Numer telefonu do pracodawcy: _____ Federalny numer identyfikacji podatkowej: _____

Numer identyfikacji podatkowej to (zaznaczyć jedną opcję): SSN EIN

Powód składania wniosku - Instrukcje: Należy zaznaczyć wszystkie właściwe opcje. Należy dołączyć dodatkowe formularze, zaświadczenia lekarskie, pisma itp., zgodnie z wymaganiami dla każdego pola wyboru. Jeśli dodatkowe informacje zostały już przesłane, nie należy ich załączać, ale należy je wymienić w polu na dole formularza** podając numer formularza lub nazwę oraz datę przesłania go do Komisji. Następnie należy podpisać się na formularzu i wstawić datę poniżej.

Odszkodowanie:

- a. Nie pracuję od dnia _____ i nie otrzymuję płatności. **Wymagana jest dokumentacja medyczna wskazująca niezdolność do pracy.**
Zaznaczyć wszystkie właściwe opcje:
- Złożyłem(-am) wniosek o odszkodowanie z tytułu obrażeń na skutek wypadku przy pracy.
 - Pracodawca nie płaci mi wynagrodzenia.
 - Moje roszczenie nie zostało odrzucone.
 - Nie otrzymałem(-am) decyzji o pozbawieniu mnie prawa do odszkodowania.
 - Podjąłem/Podjęłam próbę rozwiązania tej kwestii z ubezpieczycielem.
- b. Moje płatności zostały wstrzymane lub zmniejszone.
- c. Wróciłem(-am) do pracy w dniu _____ i otrzymuję pełne wynagrodzenie.
- d. Zarabiam mniej niż przed wypadkiem. **Dołączyć aktualny odcinek wypłaty i zaświadczenia lekarskie od swojego lekarza.**
- e. W dniu wypadku/doznania obrażeń byłem(-am) zatrudniony(-a) przez dwóch lub więcej pracodawców (równoczesne zatrudnienie).
Dołączyć dokument potwierdzający wysokość tygodniowego wynagrodzenia brutto przed odniesieniem obrażeń oraz oświadczenie drugiego pracodawcy dotyczące okresu niezdolności do pracy.
- f. Zostałem(-am) zwolniony(-a) z więzienia w dniu _____ i nie otrzymuję płatności.
Dołączyć zaświadczenie lekarskie wskazujące niezdolność do pracy ze względów medycznych i dokumenty dotyczące zwolnienia z więzienia.
- g. Nie otrzymałem(-am) płatności zgodnie z decyzją podjętą w dniu _____

Problemy medyczne:

- h. Mój wniosek o uprzednią zgodę (Prior Authorization Request, PAR) został odrzucony przez ubezpieczyciela. **Dołączyć odmowną decyzję w sprawie PAR.**
O weryfikację przez komisję orzekającą WCB można wnioskować tylko wtedy, gdy:
- Kategoria odrzucenia wniosku to Administracyjna lub Niewłaściwa jurysdykcja.
Dołączyć wszelkie dokumenty, które wskazują, że decyzja odmowna była nieprawidłowa.
 - Wnioski o uprzednią zgodę na MTG Special Services (wniosek o zgodę na usługi specjalne zgodne z wytycznymi dotyczącymi leczenia) lub MTG Variance (wniosek o badanie lub leczenie różniące się od wytycznych dotyczących leczenia danej części ciała lub schorzenia) zostały odrzucone z powodów medycznych. (świadczeniodawca usług medycznych nie ubiega się o weryfikację przez MDO)
 - Wniosek o uprzednią zgodę na leczenie kosztujące ponad \$1,000 i dotyczące części ciała innych niż określone w wytycznych dotyczących leczenia (MTG) został zatwierdzony częściowo.
- i. Moje leki, trwałe sprzęt medyczny, wariacja MTG lub usługi specjalne MTG PAR zostały odrzucone lub przyznane w części przez Biuro Dyrektora Medycznego. **Dołączyć „Powiadomienie o rozstrzygnięciu” dotyczące leczenia.**



j. Niezdolność do pracy ma charakter trwały. **Dołączyć zaświadczenie lekarskie o maksymalnej poprawie stanu zdrowia (Maximum Medical Improvement, MMI)/trwałym inwalidztwie (Formularz C-4.3).**

Pole to należy zaznaczyć, jeśli w chwili wypadku poszkodowany(-a) miał(a) mniej niż 25 lat.

k. Mój stan zdrowia uległ zmianie. **Dołączyć formularze medyczne.**

l. Mój wniosek o zwrot kosztów leczenia i transportu został odrzucony lub nie został rozpatrzony. **Dołączyć rachunki i Formularz C-257.**

Inne kwestie:

m. Mam nowe informacje i/lub informacje żądane przez Komisję dotyczące (**Dołączyć dokumenty**):

n. Inne (wyjaśnić poniżej):

**** Informacje referencyjne dotyczące dokumentu (data, nazwa/nagłówek, identyfikator formularza):** _____

Podpis poszkodowanego pracownika: _____ **Data:** _____

Do poszkodowanego pracownika - Ogólne informacje na temat korzystania z tego formularza

Formularz (RFA-1W) i wszelkie załączniki można przesłać do Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych (Workers' Compensation Board) jeśli pracownik chce, aby Komisja podjęła konkretne działania, o których mowa w jego roszczeniu lub jeśli pracownik chce zawiadomić Komisję o dowolnym problemie lub sytuacji, która wpływa na jego roszczenie. Wiele z najczęściej wnioskowanych działań/sytuacji jest wymienionych jako kwestie związane z wypłatą odszkodowania (kwestie wyszczególnione od a do g) lub kwestie medyczne (kwestie wyszczególnione od h do l), jednak nie tylko. Należy zaznaczyć wszystkie punkty mające zastosowanie i/lub dodać dodatkowe informacje lub wyjaśnienia w wyznaczonym miejscu (m lub n).

Należy wpisać dane identyfikacyjne u góry formularza RFA-1W i przesłać go, RAZEM Z DOŁĄCZONYMI WSZYSTKIMI STOSOWNYMI INFORMACJAMI*, do:

Workers' Compensation Board

PO Box 5205

Binghamton, NY 13902-5205

Adres do złożenia wniosku e-mailem: wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov

Komisja skontaktuje się z pracownikiem i wszystkimi stronami, gdy podejmie działania w sprawie roszczenia pracownika.

*Przy każdym polu wyboru podano wymagane informacje pogrubioną czcionką. Na przykład w przypadku powiadamiania Komisji o tym, że niezdolność do pracy ma teraz charakter trwały (pole j), wymagane informacje to zaświadczenie lekarskie o maksymalnej poprawie stanu zdrowia (Maximum Medical Improvement, MMI)/trwałym inwalidztwie (Formularz C-4.3).

KOPIĘ NINIEJSZEGO FORMULARZA NALEŻY PRZESŁAĆ DO UBEZPIECZYCIELA(-I) LUB BEZPOŚREDNIO DO PRACODAWCY LUB JEGO NIEZALEŻNEGO ADMINISTRATORA, JEŚLI PRACODAWCA JEST SAMOUBEZPIECZONY.

W razie jakichkolwiek innych wątpliwości można kontaktować się z **RZECZNIKIEM KOMISJI DS. POSZKODOWANYCH PRACOWNIKÓW dzwoniąc pod numer (800) 580-6665**. Dodatkowe informacje na temat innych usług Komisji można uzyskać na jej stronie internetowej: www.wcb.ny.gov. Osoby pragnące śledzić swoje roszczenia online mogą zarejestrować się do eCase, korzystając z instrukcji rejestracji dostępnych na stronie internetowej Komisji pod linkiem eCase.

Każdemu przysługuje prawo do reprezentacji prawnej. Prawnik nie może pobierać opłaty za reprezentację w sprawie roszczenia o odszkodowanie pracownicze bezpośrednio od pracownika. Jeśli roszczenie zostanie zasądzone, wszelkie wnioski o honoraria dla prawnika muszą zostać zatwierdzone przez Komisję i kwoty te zostaną potrącone od wypłaconego przez ubezpieczyciela odszkodowania i wypłacone bezpośrednio prawnikowi.

Leczenie medyczne - Leki/trwały sprzęt medyczny/leczenie/badanie - Z formularza tego należy skorzystać w przypadku odrzucenia wniosku w sprawach medycznych i gdy pracownik wnioskuje o pomoc Komisji dotyczącą jednego z powodów wymienionych w polu h. Jeśli nie złożono dotychczas wniosku o uprzednią zgodę i jest on wymagany, świadczeniodawca opieki zdrowotnej musi złożyć wniosek o uprzednią zgodę (Prior Authorization Request, PAR). Informacje na temat składania wniosków o uprzednią zgodę lub nieopłaconych rachunków medycznych można znaleźć na stronie internetowej WCB www.wcb.ny.gov.

KAŻDY, KTO 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 WINNY PRZESTĘPSTWA I PODLEGA ZNACZNYM KAROM FINANSOWYM I KARZE POZBAWIENIA WOLNOŚCI.

Powiadomienie zgodne z nowojorską ustawą o ochronie prywatności (Art. 6-A ustawy o funkcjonariuszach publicznych) i federalną ustawą o ochronie prywatności z 1974 r. (5 USC § 552a). Uprawnienia Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych (Workers' Compensation Board) (Komisja) do żądania od poszkodowanego pracownika podania swoich danych osobowych, w tym numeru ubezpieczenia społecznego, wynikają z jej prawa do prowadzenia dochodzeń na mocy § 20 ustawy o odszkodowaniach pracowniczych (Workers' Compensation Law, WCL) oraz jej uprawnień administracyjnych wynikających z WCL § 142. Informacje te są gromadzone, aby pomóc Komisji w badaniu i zarządzaniu roszczeniami w możliwie najwłaściwszy sposób oraz aby pomóc w prowadzeniu dokładnej dokumentacji roszczeń. Podanie Komisji swojego numeru ubezpieczenia społecznego jest dobrowolne. Niepodanie numeru ubezpieczenia społecznego w tym formularzu nie będzie skutkowało żadnymi karami; nie spowoduje odrzucenia roszczenia ani obniżenia świadczeń. Komisja będzie chronić poufność wszystkich posiadanych danych osobowych i będzie je ujawniać wyłącznie w celu wypełnienia swoich oficjalnych obowiązków i zgodnie z obowiązującym prawem stanowym i federalnym.