Stan Nowy Jork
KOMISJA DS. ODSZKODOWAŃ PRACOWNICZYCH (WORKERS' COMPENSATION BOARD, WCB)

DOKUMENTACJA OSOBY WNOSZĄCEJ ROSZCZENIE DOTYCZĄCA KOSZTÓW LECZENIA I WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY WNOSZĄCEJ ROSZCZENIE	NR SPRAWY WCB	NR UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO
ADRES ZAMIESZKANIA	ADRES POCZTOWY (JEŚLI INNY)	

W związku z powyższą sprawą dotyczącą odszkodowania pracowniczego ma Pan(i) prawo do zwrotu kosztów (1) leków lub materiałów prawidłowo przepisanych przez świadczeniodawcę opieki zdrowotnej, za które Pan(i) zapłacił(a) oraz kosztów (2) opłat, przejechanych mil lub innych niezbędnych wydatków związanych z dojechaniem do i powrotem z gabinetu lekarza lub szpitala.

Formularz ten ma na celu ułatwienie dokumentowania takich wydatków. Aby uzyskać zwrot właściwych kosztów należy wymienić każdy wydatek w poniższej tabeli – niezależnie od tego, czy otrzymano pokwitowanie (zawsze, gdy to możliwe należy prosić o pokwitowanie). **Wypełniony formularz i kopie wszystkich pokwitowań lub rachunków należy przesłać do ubezpieczyciela zajmującego się odszkodowaniem pracowniczym (lub pracodawcy, jeśli jest on samoubezpieczony) oraz do Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych.** (Adres Komisji podano na drugiej stronie.) Zaleca się zachowanie kopii pokwitowań i rachunków w swojej własnej dokumentacji.

CHARAKTER WYDATKU	DATA	KWOTA

Ciąg dalszy na drugiej stronie.

CHARAKTER WYDATKU	DATA	KWOTA

NYS Workers' Compensation Board
Centralized Mailing
PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5205

Adres do zgłoszenia pocztą e-mail: wcbclaimsfiling@wcb.ny.gov