



# Odniosłeś/-aś obrażenia w pracy. Co teraz?

Osoby, które odniosły obrażenia w miejscu pracy lub cierpią na chorobę zawodową mogą być uprawnione do zasiłku z tytułu odszkodowania pracowniczego. Być może skorzystali już Państwo z pomocy medycznej. W przeciwnym razie należy niezwłocznie zwrócić się o pomoc medyczną.

W celu uzyskania pomocy dotyczącej roszczenia należy zadzwonić do **Komisji ds. odszkodowań pracowniczych (Workers' Compensation Board)** pod nr **(877) 632-4996**.

## Obowiązki wnioskodawcy

- Należy pisemnie powiadomić pracodawcę o dacie, miejscu oraz sposobie odniesienia obrażenia. Należy dokonać tego niezwłocznie, w ciągu 30 dni od daty obrażenia.
- Należy powiadomić dostawcę opieki medycznej o odniesieniu obrażenia związanego z pracą i podać nazwisko pracodawcy. Nie należy płacić za opiekę medyczną ani korzystać z innego ubezpieczenia zdrowotnego. Dostawca opieki medycznej złoży raporty medyczne do Komisji oraz pracodawcy lub jego ubezpieczyciela. W przypadku sporu w sprawie obrażenia Komisja potrzebuje raport medyczny dotyczący obrażenia, aby przystąpić do rozwiązywania sprawy.
- Należy złożyć **Employee Claim (Wniosek pracownika, formularz C-3P)**, niezwłocznie zgłaszając obrażenie do Komisji (należy powiadomić Komisję o obrażeniu lub chorobie w ciągu dwóch lat). W przypadku wcześniejszego obrażenia dotyczącego tej samej części ciała lub podobnej choroby należy również złożyć formularz **Limited Release of Health Information** (Ograniczony zakres ujawniania informacji o stanie zdrowia, formularz C-3.3P).

## Dwa sposoby złożenia skargi

Przejdź na stronę [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov) i wybierz opcję File a Claim (złóż skargę).

Wypełnij załączony/-e papierowy/-e formularz(e) i wyślij pocztą do Komisji.

W przypadku pytań dotyczących wypełniania **Wniosek pracownika (formularz C-3P)** należy dzwonić pod nr **(877) 632-4996** w celu uzyskania pomocy przedstawiciela Komisji.

## Rachunki za opiekę zdrowotną i podróż

**Nie należy** płacić dostawy opieki medycznej ani szpitalowi za leczenie tego obrażenia/choroby. Rachunki te są opłacane przez ubezpieczyciela, chyba że Komisja wyda decyzję stwierdzającą, że roszczenie jest bezzasadne. W przypadku sporu dostawca opieki medycznej otrzyma zapłatę, jeśli Komisja rozstrzygnie sprawę na korzyść wnioskodawcy. *Jeśli Komisja podejmie decyzję na niekorzyść lub w przypadku braku kontynuowania sprawy, wnioskodawca będzie musiał zapłacić dostawcy usług medycznych lub szpitalowi (lub przekazać płatność do własnego ubezpieczyciela).*

Ubezpieczenie z tytułu odszkodowań pracowniczych pracodawcy pokrywa niezbędne ze względów medycznych lekarstwa oraz sprzęt przepisany przez dostawcę usług medycznych. Istnieje również możliwość zwrotu kosztów kilometrówki, transportu publicznego lub innych niezbędnych wydatków poniesionych podczas podróży na leczenie. Należy uzyskać rachunki za te wydatki i przesłać je do ubezpieczyciela ds. odszkodowań pracowniczych przy użyciu **Claimant's Record of Medical and Travel Expenses and Request for Reimbursement** (Dokumentacji kosztów leczenia oraz podróży wnioskodawcy oraz wniosku o zwrot kosztów, formularz C-257P).

## PAKIET INFORMACYJNY DLA WNIOSKODAWCY

Ogólnie istnieje możliwość wyboru dowolnego dostawcy usług medycznych, pod warunkiem, że jest zatwierdzony przez Komisję. Zatwierdzonych dostawców opieki medycznej w danym obszarze można znaleźć przy użyciu funkcji „**Find a Doctor**” (znajdź lekarza) na stronie internetowej Komisji pod adresem [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov). Można również skorzystać z ośrodków medycyny pracy. Jeśli jednak ubezpieczyciel ds. odszkodowań pracowniczych pracodawcy posiada preferowanego dostawcę (Preferred Provider Organization, PPO) świadczącego opiekę w przypadku obrażeń w ramach odszkodowań pracowniczych, należy uzyskać wstępne leczenie w sieci placówek PPO. Jeśli ten ubezpieczyciel posiada również aptekę lub ośrodki diagnostyczne, należy skorzystać z ich usług. Ubezpieczyciel musi poinformować o wymaganej sieci dostawców oraz sposobie korzystania z ich usług.

### Zasiłek za utraconą pensję

Wnioskodawca jest upoważniony do części utraconej pensji, która musi zostać niezwłocznie wypłacona, jeśli obrażenie wpływa na wnioskodawcę na co najmniej jeden z poniższych sposobów:

1. Powoduje nieobecność w pracy przez co najmniej siedem dni.
2. Część ciała jest całkowicie niepełnosprawna.
3. Wynagrodzenie jest ograniczone z powodu mniejszej liczby godzin pracy lub innego rodzaju pracy.

Istnieje możliwość zatrudnienia adwokata lub licencjonowanego przedstawiciela, który zapewni pomoc dotyczącą roszczenia, jednak nie jest to wymagane. Komisja ustala swoje stawki, które zostaną potrącone z zasiłku z tytułu utraty pensji. Wnioskodawca ani jego rodzina nie powinni dokonywać bezpośredniej zapłaty na rzecz adwokata lub licencjonowanego przedstawiciela.

W przypadku sporu dotyczącego sprawy istnieje możliwość uzyskania zasiłku z tytułu niepełnosprawności podczas rozpatrywania sprawy. Aby uzyskać formularz **Notice and Proof of Claim for Disability Benefits** (Zawiadomienie i dowód roszczenia o zasiłki z tytułu niezdolności do pracy, formularz DB-450P) należy odwiedzić stronę [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov); zadzwonić do Komisji w celu uzyskania pomocy; lub odwiedzić biuro Komisji. W przypadku rozstrzygnięcia sprawy na korzyść wnioskodawcy zasiłek z tytułu niepełnosprawności zostanie potrącony z zasiłku za utraconą pensję.

### Dostępna pomoc

Czasami niezbędna jest pomoc w powrocie do pracy. Pracodawca może oferować alternatywne lub lżejsze obowiązki umożliwiające pracę podczas powrotu do zdrowia. Obrażenie może również powodować problemy rodzinne lub finansowe. Komisja ma doradców ds. rehabilitacji zawodowej oraz pracowników społecznych oferujących pomoc. Należy zadzwonić do Komisji w celu uzyskania informacji o dostępnych usługach i pomocy.

W przypadku obaw dotyczących uzależnienia od opioidowych leków przeciwbólowych prosimy o kontakt z infolinią NYS OASAS HOPELine pod nr **877-8-HOPENY (877-846-7369)**.

### Dalsze kroki

Pracodawca lub jego ubezpieczyciel ds. odszkodowań pracowniczych skontaktuje się w przypadku zatwierdzenia roszczenia. Następnie dostawca usług medycznych otrzyma zapłatę i rozpocznie się okres wypłacania zasiłków za utraconą pensję. W przypadku sporu w sprawie Komisja powiadomi o rozwiązaniu sprawy i może żądać dodatkowych informacji w razie konieczności.

## WAŻNE INFORMACJE KONTAKTOWE

Komisja ds. odszkodowań  
pracowniczych, włączając zasiłki  
z tytułu niepełnosprawności

(877) 632-4996

[general\\_information@wcb.ny.gov](mailto:general_information@wcb.ny.gov)

[wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov)



Aplikacja eCase Komisji umożliwia wyświetlanie zawartości akt sprawy online. W celu uzyskania informacji ogólnych lub zarejestrowania się w eCase zapraszamy na stronę internetową Komisji pod adresem [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov).



**Workers'  
Compensation  
Board**



Prosimy wypełnić niniejszy formularz w celu zgłoszenia wniosku o świadczenia z tytułu odszkodowania pracowniczego za doznany uraz lub wystąpienie choroby powiązanej z wykonywaniem pracy. Formularz należy czytelnie wypełniać wielkimi literami lub wydrukować. Niniejszy formularz można wypełnić w trybie online na stronie internetowej [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov).

Nr sprawy WCB (jeżeli jest znany): \_\_\_\_\_

### A. DANE PRACOWNIKA

1. Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ 2. Data urodzenia: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Pienwsze Inicjał drugiego Nazwisko
3. Adres pocztowy: \_\_\_\_\_  
Ulica i nr domu/Skrytka pocztowa Miejscowość Stan Kod pocztowy
4. Numer ubezpieczenia społecznego: \_\_\_\_\_ 5. Nr telefonu: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 6. Płeć:  Mężczyzna  Kobieta
7. Czy w razie stawiennictwa przed Komisją będzie Pan/Pani potrzebować tłumacza?  Tak  Nie Jeżeli tak, jakiego języka? \_\_\_\_\_

### B. PRACODAWCA(-Y)

1. Pracodawca, u którego doszło do wypadku: \_\_\_\_\_ 2. Nr telefonu: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
3. Adres firmy: \_\_\_\_\_  
Ulica i nr domu Miejscowość Stan Kod pocztowy
4. Data zatrudnienia: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 5. Imię i nazwisko przełożonego: \_\_\_\_\_
6. Prosimy podać nazwy/adresy pozostałych pracodawców z okresu, w którym doszło do urazu/choroby: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Czy wskutek urazu/choroby doszło do utraty pracy u pozostałych pracodawców?  Tak  Nie

### C. ZAWÓD/STANOWISKO w dniu powstania urazu lub wystąpienia choroby

1. Prosimy podać nazwę zawodu/stanowiska lub jego opis. \_\_\_\_\_
2. Jakie rodzaje zadań i czynności wykonywał(-a) Pan/Pani zazwyczaj w pracy? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Prosimy podać wymiar pracy. (zaznaczyć jedną odpowiedź)  W pełnym wymiarze  W niepełnym wymiarze  Sezonowa  Wolontariat  
 Inne: \_\_\_\_\_
4. Ile wynosiły zarobki brutto (przed odliczeniem podatków) za okres wynagradzania? \_\_\_\_ 5. Jak często było wypłacane wynagrodzenie? \_\_\_\_\_
6. Czy oprócz wynagrodzenia otrzymywał(-a) Pan/Pani zakwaterowanie lub napiwki?  Tak  Nie Jeżeli tak, prosimy opisać: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### D. URAZ LUB CHOROBA

1. Data powstania urazu lub wystąpienia choroby: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 2. Godzina doznania urazu: \_\_\_\_\_  przed południem  po południu
3. Gdzie doszło do urazu/wystąpienia choroby? (np. 1 Main Street, Pottersville, w drzwiach wejściowych) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Czy było to Pana/Pani normalne miejsce pracy?  Tak  Nie Jeżeli nie, dlaczego znajdował(-a) się Pan/Pani w tym miejscu? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Co robił(-a) Pan/Pani w momencie doznania urazu/wystąpienia choroby? (np. rozładowywanie ciężarówki, pisanie raportu) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Jak doszło do urazu/wystąpienia choroby? (np. potknąłem się o rurę i upadłem na podłogę) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Prosimy dokładnie wyjaśnić charakter urazu/choroby, wymienić dotknięcie nim/nią części ciała (np. skręcona lewa kostka i rana na czole): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IMIĘ I NAZWISKO: \_\_\_\_\_  
Pierwsze Inicjał drugiego Nazwisko

DATA POWSTANIA URAZU/CHOROBY: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### D. URAZ LUB CHOROBA (cd.)

8. Czy w powstaniu urazu/wystąpieniu choroby miał udział jakiś przedmiot (np. wózek widłowy, młotek, kwas)?  Tak  Nie Jeżeli tak, podać jaki. \_\_\_\_\_
9. Czy uraz był wynikiem korzystania lub obsługi zatwierdzonego pojazdu silnikowego?  Tak  Nie  
Jeżeli tak,  pojazd uszkodzowanego  pojazd pracodawcy  inny pojazd  Nr tablicy rejestracyjnej (jeżeli jest znany): \_\_\_\_\_  
Jeżeli w wypadku brał udział Pana/Pani pojazd, prosimy podać nazwę i adres ubezpieczyciela pojazdu: \_\_\_\_\_
10. Czy powiadomił(-a) Pan/Pani pracodawcę (lub przełożonego) o urazie/chorobie?  Tak  Nie  
Jeżeli tak, kto został powiadomiony: \_\_\_\_\_  ustnie  na piśmie Data powiadomienia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
11. Czy ktokolwiek widział wypadek/moment doznania urazu?  Tak  Nie  Osoba(-y) nieznan(-e)  
Jeżeli tak, prosimy podać imiona i nazwiska: \_\_\_\_\_

#### E. POWRÓT DO PRACY

1. Czy przerwał(-a) Pan/Pani pracę ze względu na uraz/chorobę?  Jeżeli tak, prosimy podać datę. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Nie; prosimy przejść do sekcji F.
2. Czy powrócił(-a) Pan/Pani do pracy?  Tak  Nie Jeżeli tak, prosimy podać datę. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 pełen zakres obowiązków  ograniczony zakres obowiązków
3. Jeżeli doszło do powrotu do pracy, dla którego pracodawcy Pan/Pani teraz pracuje?  Ten sam pracodawca  Nowy pracodawca  Samozatrudnienie
4. Ile wynoszą zarobki brutto (przed odliczeniem podatków) za okres wynagradzania? \_\_\_\_\_ Jak często jest wypłacane wynagrodzenie? \_\_\_\_\_

#### F. LECZENIE DOZNANEGO URAZU LUB CHOROBY

1. Prosimy podać datę pierwszego udzielenia pomocy medycznej. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Brak pomocy (prosimy przejść do pytania F-5)
2. Czy pomocy medycznej udzielono na miejscu?  Tak  Nie
3. Gdzie uzyskał(-a) Pan/Pani po raz pierwszy pomoc medyczną poza miejscem powstania urazu/wystąpienia choroby?  Nie uzyskałem(-am) żadnej pomocy  Pogotowie ratunkowe  Gabinet lekarski  Klinika/szpital/szpitalny oddział ratunkowy  Ponad 24-godzinny pobyt w szpitalu  
Nazwa i adres instytucji udzielającej pierwszej pomocy medycznej: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Nr telefonu: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
4. Czy nadal jest Pan/Pani leczony(-a) z powodu tego urazu/choroby?  Tak  Nie  
Prosimy podać imię i nazwisko lekarza(-y) leczącego(-ych) Pana/Panią z powodu tego urazu/choroby: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Nr telefonu: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
5. Czy pamięta Pan/Pani inny uraz tej samej części ciała lub podobną chorobę?  Tak  Nie  
Jeżeli tak, czy lekarz prowadził leczenie?  Tak  Nie Jeżeli tak, prosimy podać imiona i nazwiska oraz adresy lekarzy prowadzących leczenie oraz  
**WYPEŁNIĆ I WYSLAĆ FORMULARZ C-3.3 RAZEM Z TYM FORMULARZEM.**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Czy poprzedni uraz/choroba był(-a) związany(-a) z wykonywaniem pracy?  Tak  Nie  
Jeżeli tak, czy pracował(-a) Pan/Pani dla tego samego pracodawcy, co obecnie?  Tak  Nie

Niniejszym składam wniosek o przyznanie mi świadczeń w oparciu o przepisy dotyczące odszkodowań za wypadki przy pracy (WCL). Złożonym podpisem potwierdzam, że podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą i dokładne, zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem.

**Każda osoba, która świadomie i z INTENCJĄ POPEŁNIENIA OSZUSTWA przedstawia informacje, powoduje ich przedstawienie lub przygotowuje je dysponując wiedzą lub przekonaniem, że będą przedstawione ubezpieczycielowi lub samoubezpieczającemu lub też przez ubezpieczyciela bądź samoubezpieczającego takie informacje, które zawierają NIEPRAWDZIWE ISTOTNE DANE oraz każda osoba, która zatai istotne fakty, ZOSTANIE UZNANA WINNĄ PRZESTĘPSTWA i poddana wysokim KAROM PIENIĘŻNYM ORAZ POZBAWIENIA WOLNOŚCI.**

Podpis pracownika: \_\_\_\_\_ Nazwisko (wielkimi literami): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

W imieniu pracownika: \_\_\_\_\_ Nazwisko (wielkimi literami): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Osoba może złożyć podpis w imieniu pracownika tylko wtedy, gdy jest ona prawnie upoważniona do złożenia podpisu, a pracownik jest osobą małoletnią, umysłowo niepełnosprawną lub ubezwłasnowolnioną.**

Zaświadczam zgodnie z moją najlepszą wiedzą, posiadanymi informacjami i przekonaniem, powstałym po badaniu sprawy stosownym do okoliczności, że twierdzenia oraz inne fakty wyżej podane są poparte faktami lub prawdopodobnie będą poparte faktami po dalszym badaniu.

Podpis prawnika/zastępcy prawnego (jeżeli jest): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nazwisko (wielkimi literami): \_\_\_\_\_ Stanowisko: \_\_\_\_\_

Nr identyfikacyjny, jeżeli jest R \_\_\_\_\_ W przypadku licencjonowanego przedstawiciela: nr licencji: \_\_\_\_\_ Data wygaśnięcia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Instrukcja wypełniania formularza C-3, „Wniosek pracownika”

W celu zgłoszenia roszczenia o świadczenia z tytułu odszkodowania pracowniczego prosimy wypełnić niniejszy formularz i przesłać go do okręgowego biura Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych. Adresy znajdują się w dolnej części instrukcji. Jeżeli potrzebuje Pan/Pani dodatkowej pomocy przy wypełnianiu formularza, prosimy skontaktować się z Komisją ds. Odszkodowań Pracowniczych pod numerem 1-877-632-4996. Istnieje również możliwość wypełnienia formularza w trybie online na stronie internetowej: [http:// www.wcb.ny.gov/](http://www.wcb.ny.gov/)

**W przypadku, gdy Pan/Pani nie posiada lub nie zna numeru sprawy WCB, prosimy nie wypełniać tego pola. Podanie numeru sprawy nie jest wymagane do rozpatrzenia składanego wniosku. Należy pamiętać o podaniu imienia i nazwiska oraz data powstania urazu lub wystąpienia choroby (górną stronę drugiej).**

### Sekcja A — Dane osobowe pracownika:

**Pozycja 1:** Należy wpisać pełne imię, inicjał drugiego imienia oraz nazwisko.

**Pozycja 2:** Prosimy podać datę urodzenia w formacie: miesiąc/dzień/rok. Prosimy podać rok w formacie czterocyfrowym.

**Pozycja 3:** Prosimy podać adres pocztowy, w tym nr skrytki pocztowej, jeżeli jest, miejscowość, stan i kod pocztowy.

**Pozycja 4:** Prosimy podać numer ubezpieczenia społecznego. Podanie tego numeru jest bardzo ważne i pomoże w szybszym rozpatrzeniu wniosku.

**Pozycja 5:** Prosimy podać podstawowy kontaktowy nr telefonu, w tym nr kierunkowy. Może to być numer telefonu komórkowego.

**Pozycja 6:** Prosimy podać płeć (mężczyzna lub kobieta).

**Pozycja 7:** Słuchanie przed Komisją prowadzone jest w języku angielskim. W razie potrzeby korzystania z usług tłumacza w przypadku stawiennictwa przed Komisją zapewni ona takie usługi. Należy zaznaczyć opcję Tak i wskazać, o jaki język chodzi.

### Sekcja B — Pracodawca(-y):

**Pozycja 1:** Prosimy wskazać pracodawcę, u którego pracował(-a) Pan/Pani w momencie doznania urazu/wystąpienia choroby.

**Pozycja 2:** Prosimy podać numer telefonu tego pracodawcy (podstawowy nr kontaktowy lub numer do przełożonego).

**Pozycja 3:** Prosimy podać adres pocztowy pracodawcy, w tym nr skrytki pocztowej, jeżeli jest, miejscowość, stan i kod pocztowy.

**Pozycja 4:** Prosimy podać datę rozpoczęcia pracy u tego pracodawcy.

**Pozycja 5:** Prosimy podać imię i nazwisko bezpośredniego przełożonego, któremu Pan/Pani podlega.

**Pozycja 6:** Jeżeli jest Pan/Pani zatrudniony(-a) u więcej niż jednego pracodawcy, prosimy podać nazwy i adresy wszystkich pozostałych Pana/Pani pracodawców, poza tym, u którego doszło do urazu. W razie potrzeby prosimy dołączyć dodatkowy arkusz.

**Pozycja 7:** Należy zaznaczyć opcję Tak, jeżeli w wyniku urazu lub choroby doszło do straty czasu u dowolnego z pozostałych pracodawców. W przeciwnym razie należy zaznaczyć opcję Nie.

### Sekcja C — Zawód/stanowisko w dniu powstania urazu lub wystąpienia choroby

**Pozycja 1:** Prosimy podać aktualnie wykonywany zawód lub opis wykonywanej pracy (np. pracownik hurtowni).

**Pozycja 2:** Prosimy podać typowe czynności i zadania wykonywane w tej pracy (np. prowadzenie inwentarza, rozładowywanie ciężarówek itd.).

**Pozycja 3:** Należy zaznaczyć rodzaj wykonywanej pracy.

**Pozycja 4:** Prosimy podać wysokość zarobków brutto (przed odliczeniem podatków) za okres wynagradzania.

**Pozycja 5:** Prosimy wskazać częstotliwość wypłat wynagrodzenia (co tydzień, dwa razy w tygodniu itp.).

**Pozycja 6:** Prosimy podać, czy poza zwykłym wynagrodzeniem otrzymywał(-a) Pan/Pani zakwaterowanie lub napiwki? Jeżeli tak, prosimy je opisać.

### Sekcja D — Uraz lub choroba

**Pozycja 1:** Prosimy podać datę doznania urazu lub dzień, w którym po raz pierwszy zauważył(-a) Pan/Pani objawy choroby. Prosimy podać datę w formacie: miesiąc/dzień/rok. Prosimy podać rok w formacie czterocyfrowym. Jeżeli jest to choroba lub choroba zawodowa, prosimy pominąć punkt 2.

**Pozycja 2:** Prosimy podać godzinę wystąpienia urazu. Należy zaznaczyć, czy zdarzenie miało miejsce przed, czy też po południu.

**Pozycja 3:** Prosimy wskazać miejsce, w którym doszło do urazu/wystąpiła choroba, z podaniem adresu budynku oraz fizycznej lokalizacji w budynku, w którym doszło do urazu/wystąpiła choroba.

**Pozycja 4:** Należy zaznaczyć, czy było to Pana/Pani normalne miejsce pracy. Jeżeli nie, należy wyjaśnić powód znalezienia się w tym miejscu.

**Pozycja 5:** Prosimy szczegółowo opisać, co Pan/Pani robił(-a) w czasie, w którym doszło do urazu/wystąpiła choroba (np. ręczny rozładunek kartonów z ciężarówki). Ma to na celu wyjaśnienie zdarzeń prowadzących do urazu.

**Pozycja 6:** Prosimy szczegółowo opisać, w jaki sposób pojawił się uraz/choroba (np. Zdejmowałem ciężki karton z ciężarówki). Opis powinien uwzględniać wszystkie osoby oraz zdarzenia współtowarzyszące urazowi/wystąpieniu choroby.

**Pozycja 7:** Prosimy dokładnie przedstawić charakter i zakres urazu/choroby, w tym wszystkie dotknięte nim/nią części ciała. Należy przedstawić możliwie dokładny opis (np. Nadwyrężyłem kręgosłup, unosząc ciężki karton. Teraz odczuwam ból przy schylaniu się lub podnoszeniu przedmiotów (nawet lżejszych)).

**Pozycja 8:** Prosimy podać, czy w wypadku brały udział jakieś przedmioty INNE NIŻ licencjonowany pojazd mechaniczny. Do takich przedmiotów mogą należeć narzędzia (np. młotek), chemikalia (np. kwas), maszyny (np. wózek widłowy lub wiertarka pionowa) itp.

**Pozycja 9:** Prosimy podać, czy w wypadku brał udział jakiś licencjonowany pojazd mechaniczny. Jeżeli tak, należy wskazać, czy pojazd mechaniczny należał do Pana/Pani, pracodawcy lub strony trzeciej. Należy podać numer tablicy rejestracyjnej, jeżeli jest znany. Jeżeli w wypadku brał udział Pana/Pani pojazd, prosimy podać nazwę i adres ubezpieczyciela pojazdu.

**Pozycja 10:** Należy wskazać, czy powiadomił(-a) Pan/Pani pracodawcę (lub przełożonego) o urazie/chorobie. Jeżeli tak, prosimy podać, do kogo skierowane było powiadomienie i jaką miało formę (ustną czy pisemną). Prosimy podać datę powiadomienia.

**Pozycja 11:** Prosimy zaznaczyć, czy inne osoby widziały, jak doszło do urazu. Jeżeli były takie osoby, prosimy podać ich imiona i nazwiska.

### Sekcja E — Powrót do pracy

**Pozycja 1:** Jeżeli skutek urazu/choroby związanej z wykonywaniem pracy zaprzestał(-a) Pan/Pani pracy, prosimy zaznaczyć opcję Tak i podać datę przerwania pracy. Jeżeli nie doszło do przerwania pracy, prosimy zaznaczyć opcję Nie i przejść do następnej sekcji.

**Pozycja 2:** W przypadku Pana/Pani powrotu do pracy prosimy zaznaczyć opcję Tak. Należy też wpisać datę ponownego rozpoczęcia pracy, a także powrotu do normalnego zakresu obowiązków, jeżeli wykonywał(-a) Pana/Pani jedynie ograniczony ich zakres. (Jeżeli nie powrócił(-a) Pan/Pani do zakresu obowiązków sprzed momentu doznania urazu lub wystąpienia choroby, dotyczy Pana/Pani ograniczony zakres obowiązków).



### **Sekcja E — Powrót do pracy (cd.):**

**Pozycja 3:** Jeżeli doszło do powrotu do pracy, prosimy podać, dla którego pracodawcy Pan/Pani teraz pracuje?

**Pozycja 4:** Prosimy podać wysokość zarobków brutto (przed odliczeniem podatków) za okres wynagradzania w przypadku obecnego zatrudnienia. Prosimy wskazać częstotliwość wypłat wynagrodzenia (co tydzień, dwa razy w tygodniu itp.).

### **Sekcja F — Leczenie tego urazu lub choroby:**

**Pozycja 1:** Jeżeli nie uzyskał(-a) Pan/Pani pomocy medycznej w związku z urazem/chorobą, prosimy zaznaczyć opcję Brak pomocy i przejść do pozycji 5. W przeciwnym razie prosimy podać datę pierwszej otrzymanej pomocy medycznej w związku z urazem/chorobą i wypełnić pozostałą część tej sekcji.

**Pozycja 2:** Prosimy zaznaczyć, czy po raz pierwszy pomoc medyczna związana z urazem/chorobą została udzielona Panu/Pani na miejscu.

**Pozycja 3:** Prosimy wskazać miejsce, w którym otrzymał(-a) Pan/Pani w związku z urazem/chorobą pomoc medyczną poza miejscem pracy. Należy podać nazwę i adres placówki i numer telefonu (w tym nr kierunkowy).

**Pozycja 4:** Jeżeli leczenie tego samego urazu/tej samej choroby nadal trwa, prosimy zaznaczyć opcję Tak i podać nazwę i adres lekarzy prowadzących leczenie oraz numer telefonu (w tym nr kierunkowy). W przeciwnym razie prosimy zaznaczyć opcję Nie.

**Pozycja 5:** Jeżeli sądzi Pan/Pani, że w przeszłości cierpiał(-a) Pan/Pani wskutek tego samego urazu tej samej części ciała lub na tę samą chorobę, prosimy wybrać opcję Tak i podać, czy w związku z tym poprzednim(-ią) urazem/chorobą lekarz prowadził leczenie. Jeżeli tak, prosimy o podanie imienia i nazwiska oraz adresów lekarzy prowadzących leczenie oraz **wypełnić formularz C-3.3 razem z niniejszym formularzem.**

**Pozycja 6:** Jeżeli w przeszłości cierpiał(-a) Pan/Pani z powodu urazu lub choroby, prosimy zaznaczyć, czy były one związane z wykonywaniem pracy zawodowej. Jeżeli tak, należy podać, czy do urazu lub choroby doszło w trakcie zatrudnienia u aktualnego pracodawcy.

Prosimy podpisać formularz C-3 w miejscu przeznaczonym na podpis pracownika na stronie 2, wpisanie imienia i nazwiska wielkimi literami oraz podanie daty złożenia podpisu na formularzu. Jeżeli w imieniu pracownika podpis składa strona trzecia, osoba ta powinna złożyć podpis w wierszu przeznaczonym na drugi podpis. Jeżeli posiada Pan/Pani zastępcę prawnego, **musi** on wypełnić i podpisać sekcję dotyczącą certyfikacji prawników/zastępców prawnych, która znajduje się na stronie drugiej u dołu.

#### **Co każdy pracownik powinien zrobić w przypadku urazu doznanego w miejscu pracy lub wystąpienia choroby zawodowej:**

1. Natychmiast powiadomić pracodawcę lub przełożonego i podać czas, miejsce i sposób, w jaki doszło do urazu.
2. Natychmiast wezwać pomoc medyczną.
3. Poprosić lekarza o sporządzenie dokumentacji medycznej dla Komisji i pracodawcy lub jego ubezpieczyciela.
4. Sporządzić wniosek o odszkodowanie i wysłać go do najbliższego biura Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych. (Zob. poniżej). Niesporządzenie i niezłożenie wniosku w ciągu dwóch lat od daty powstania urazu może skutkować odrzuceniem roszczenia. Jeżeli potrzebna jest pomoc w wypełnieniu tego formularza prosimy o kontakt telefoniczny lub wizytę w najbliższym biurze Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych (lista biur znajduje się poniżej).
5. Stawiać się na wszystkie wezwania Komisji.
6. Powrócić do pracy, gdy tylko będzie to możliwe. Odszkodowanie nigdy nie jest tak wysokie jak wynagrodzenie.

#### **Prawa pracownika:**

1. Pracownik ma prawo do bycia leczonym przez wybranego przez siebie lekarza, pod warunkiem, że lekarz ten jest zatwierdzony przez Komisję. Jeżeli pracodawca korzysta z ubezpieczenia typu PPO, należy uzyskać najpierw pomoc medyczną świadczoną przez przedstawiciela organizacji lekarzy świadczeniodawców, która jest wyznaczona do świadczenia usług medycznych w przypadku urazów objętych odszkodowaniem pracowniczym.
2. NIE NALEŻY regulować należności u lekarza czy w szpitalu. Rachunki będą opłacane przez ubezpieczyciela, jeżeli Pana/Pani przypadek nie będzie kwestionowany. W przeciwnym razie lekarz lub szpital muszą poczekać na opłacenie kosztów leczenia do czasu, aż Komisja podejmie decyzję w Pana/Pani sprawie. W razie niezłożenia wniosku lub jego odrzucenia przez Komisję odpowiedzialność za uregulowanie należności za usługi medyczne spocznie na Panu/Pani.
3. Jest Pan/Pani także upoważniony(-a) do zwrotu wydatków za leki, kule lub innego rodzaju wyposażenie przepisane przez lekarza, a także za dojazdy lub inne niezbędne wydatki poniesione w związku z przejazdami do i z gabinetu lekarskiego bądź szpitala. (Należy okazać rachunki poświadczające takie wydatki).
4. Jest Pan/Pani upoważniony(-a) do odszkodowania w przypadku, gdy odniesiony uraz uniemożliwia podjęcie pracy w ciągu więcej niż siedmiu dni, zmusza do podjęcia pracy gorzej wynagradzanej lub skutkuje trwałą niepełnosprawnością dowolnej części ciała.
5. Odszkodowanie jest płatne bezpośrednio i bez konieczności oczekiwania na orzeczenie, chyba że roszczenie jest kwestionowane.
6. Pracownicy poszkodowani lub osoby pozostające uprzednio na utrzymaniu zmarłego pracownika mogą reprezentować przed Komisją sami siebie, jednak mają też możliwość skorzystania z usług prawnika lub licencjonowanego zastępcy, który będzie ich reprezentował. W przypadku prawnika lub licencjonowanego zastępcy opłaty za świadczone przez niego usługi prawne będą podlegały ocenie Komisji i w przypadku ich zatwierdzenia zostaną potrącone przez pracodawcę lub towarzystwo ubezpieczeniowe z należnych świadczeń z tytułu odszkodowania. Poszkodowani pracownicy lub osoby pozostające uprzednio na utrzymaniu zmarłego pracownika nie mogą regulować należności wobec prawnika lub licencjonowanego zastępcy, reprezentującego ich w sprawie o odszkodowanie.
7. Jeżeli potrzebna jest pomoc w powrocie do pracy lub ze względu na problemy rodzinne bądź finansowe spowodowane urazem, prosimy o kontakt z najbliższym biurem Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych i zatrudnionym tam pracownikiem socjalnym lub opiekunem ds. rehabilitacji.

**Formularz należy przesłać bezpośrednio na podany poniżej adres:**

**New York State Workers' Compensation Board  
Centralized Mailing  
PO Box 5205  
Binghamton, NY 13902-5205**

**Bezpłatna telefoniczna linia obsługi klienta: 877-632-4996**



Nr sprawy WCB (jeżeli jest znany): \_\_\_\_\_

**Informacja dla wnioskodawcy:** Jeżeli osoba poszkodowana leczyła *doznany wcześniej* uraz tej samej części ciała lub leczyła chorobę podobną do opisanej w bieżącym wniosku, należy wypełnić niniejszy formularz. Formularz ten pozwala dostawcom usług medycznych wymienionych niżej na ujawnienie ubezpieczycielowi pracodawcy informacji o leczeniu poprzednio doznanego urazu lub choroby. Prawo federalne HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act z roku 1996) zezwala wnioskodawcy na otrzymanie kopii tego formularza. Jeżeli wnioskodawca nie rozumie niniejszego formularza, powinien zasięgnąć porady swojego zastępcy prawnego. W przypadku jego braku pomocy udzieli radca prawny Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych zajmujący się poszkodowanymi pracownikami. Prosimy zadzwonić pod numer telefonu: 800-580-6665.

**Informacja dla dostawcy usług medycznych:** Kopia niniejszego dokumentu zgodnego z przepisami HIPAA pozwala na ujawnianie informacji na temat stanu zdrowia. W przypadku wysyłania dokumentacji do ubezpieczyciela pracodawcy w odpowiedzi na zgodę na ujawnienie danych o zdrowiu należy wysłać kopie do zastępcy prawnego wnioskodawcy. (Jeżeli poniżej nie wymieniono zastępcy prawnego, kopie należy wysłać do wnioskodawcy). Dostawcy usług medycznych ujawniających dokumentację muszą podlegać prawu stanu Nowy Jork oraz przepisom HIPAA.

Niniejsza zgoda na ujawnienie informacji jest:

- **Dobrowolna.** Dostawca usług medycznych musi zapewnić osobie poszkodowanej taką samą jakość i zakres opieki medycznej, warunki płatności oraz świadczenia bez względu na fakt podpisania lub niepodpisania niniejszego formularza.
- **Ograniczona.** Dokument zezwala dostawcy usług medycznych na ujawnienie tylko tych dokumentów dotyczących stanu zdrowia, które odnoszą się do poprzednio przebytej choroby/stanu opisanego poniżej.
- **Tymczasowa.** Jej ważność wygasa z chwilą ustalenia przyznania odszkodowania w odpowiedzi na roszczenie lub odrzucenia wniosku o odszkodowanie oraz wyczerpania wszystkich możliwości odwoławczych.
- **Możliwa do uchylecia.** Zgodę można cofnąć w dowolnym momencie. Aby cofnąć zgodę, należy wysłać pismo do dostawcy usług medycznych wymienionego w treści niniejszego formularza. Należy również przesłać kopię pisma ubezpieczycielowi pracodawcy oraz Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych. *Uwaga: Nie wolno cofać niniejszej zgody w odniesieniu do dokumentacji medycznej już dostarczonej.*
- **Tylko do celów dokumentacji.** Dokument zezwala wymienionemu w nim dostawcy usług medycznych na wysłanie kopii dokumentacji medycznej ubezpieczycielowi pracodawcy wypłacającemu odszkodowania pracownicze.

Niniejszy formularz NIE zezwala dostawcy usług medycznych na ujawnianie następujących rodzajów informacji:

- informacji dotyczących zakażenia wirusem HIV,
- dokumentacji medycznej na temat odbywanej psychoterapii,
- leczenia uzależnienia od alkoholu/narkotyków,
- leczenia psychiatrycznego (chyba że zaznaczono poniżej)
- informacji ustnych (dostawca usług medycznych nie może z nikim omawiać stanu zdrowia osoby poszkodowanej).

Wszelka ujawniona dokumentacja medyczna będzie stanowiła część akt dotyczących odszkodowań pracowniczych i będzie traktowana jako poufna, zgodnie z WCL.

## A. DANE WNIOSKODAWCY

1. Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_
2. Nr ubezpieczenia społecznego: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
3. Adres pocztowy: \_\_\_\_\_
4. Data urodzenia: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ 5. Data wystąpienia aktualnego urazu/choroby: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
6. Aktualny uraz/choroba, w tym wszystkie części ciała, które doznały urazu: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Imię i nazwisko oraz adres zastępcy prawnego (jeżeli jest): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Prosimy zaznaczyć to pole w przypadku zezwolenia dostawcy usług medycznych na ujawnienie informacji o **leczeniu psychiatrycznym**.

## B. DOSTAWCA USŁUG MEDYCZNYCH (Prosimy wymienić wszystkich dostawców usług medycznych, którzy leczyli *poprzedni* uraz tej samej części ciała lub podobną chorobę osoby poszkodowanej. W przypadku więcej niż dwóch dostawców prosimy do niniejszego formularza dołączyć ich dane kontaktowe).

1. Dostawca: \_\_\_\_\_
2. Nr telefonu: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
3. Adres pocztowy: \_\_\_\_\_
4. Inny dostawca (jeżeli jest): \_\_\_\_\_
5. Nr telefonu: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
6. Adres pocztowy: \_\_\_\_\_

## C. PROSIMY O PRZECZYTANIE I ZŁOŻENIE PODPISU.

Niniejszym wnioskuję, aby wymieniony powyżej dostawca usług medycznych przekazał ubezpieczycielowi mojego pracodawcy, wypłacającemu odszkodowania pracownicze, kopie dokumentacji medycznej związanej z poprzednio przeżytym urazem/chorobą dotyczącym/-ą wszystkich części ciała i opisanym/-ą powyżej.

Podpis wnioskodawcy (tylko tusz lub atrament — użyć niebieskiego długopisu, jeżeli to możliwe).

Data

**Jeżeli wnioskodawca nie jest w stanie złożyć podpisu, osoba składająca podpis w imieniu wnioskodawcy musi wypełnić i podpisać, co następuje:**

Imię i nazwisko

Relacja w stosunku do wnioskodawcy

Podpis (tylko tusz lub atrament — użyć niebieskiego długopisu, jeżeli to możliwe). Data