

New York State –Comitato infortuni sul lavoro
Istruzioni per il completamento del modulo C-2F
“Primo rapporto del datore di lavoro su infortuni/malattie sul luogo di lavoro”

Inserire il nome del dipendente infortunato in cima al rapporto. Indicare la data dell’infortunio/della malattia in base alle informazioni a disposizione. Se non si conosce o non si dispone di un numero di pratica del Workers’ Compensation Board o dell’Amministratore reclami, lasciare vuoto questo campo. Non è necessario per l’elaborazione del reclamo.

Informazioni Compagnia di assicurazione/Amministratore reclami:

- **Nome compagnia di assicurazione** – il nome della sua Compagnia di assicurazione per infortuni sul lavoro o del suo Gruppo con assicurazione autonoma.
- **ID compagnia di assicurazione** – Numero fornitore (numero **W**) emesso dal Workers’ Compensation Board. Se non conosce il numero **W**, contatti la sua compagnia di assicurazione.
- **Nome** – il nome dell’Amministratore reclami (l’ufficio incaricato della gestione del reclamo).
- **Info/Attn** – qualsiasi altra informazione di contatto pertinente per l’Amministratore reclami.
- **Indirizzo, città, stato, codice postale & Paese** – indirizzo dell’Amministratore reclami, se conosciuto.
- **ID Amministratore reclami** – Numero fornitore (numero **W**) o Numero amministratore di terze parti (numero **T**) emesso dal Workers’ Compensation Board. Se non conosce il numero amministratore di terze parti (numero **T**), contatti il suo Amministratore reclami.

Informazioni sul dipendente:

- **Nome, secondo nome, cognome, suffisso** – il nome completo legale del dipendente infortunato.
- **Indirizzo, città, stato, codice postale & Paese** – indirizzo completo del dipendente infortunato.
- **Numero di telefono** – il numero di telefono del dipendente, incluso il prefisso.
- **Data di assunzione** – la data in cui è stato assunto il dipendente.
- **Data di nascita** – la data di nascita del dipendente.
- **Sesso** – selezionare il sesso.
- **Dipendente SSN** – il numero di previdenza sociale del dipendente (SSN).
- **Descrizione occupazione** – identificare l’occupazione primaria del dipendente al momento dell’infortunio.

Informazioni reclamo:

- **Ora dell’infortunio** – l’ora in cui si è verificato l’infortunio/la malattia.
- **Data in cui il datore di lavoro è venuto a conoscenza dell’infortunio** – la data in cui il datore di lavoro è venuto a conoscenza dell’infortunio o della malattia.
- **Stato occupazionale** – lo stato occupazionale applicabile per il dipendente (ad es., tempo pieno, part-time, stagionale, volontario ecc.).
- **Data in cui il datore di lavoro è venuto a conoscenza della data di disabilità** – la data in cui il datore di lavoro è stato informato o è venuto a conoscenza della disabilità/inabilità al lavoro del dipendente.
- **Stima salario settimanale** – inserire il salario lordo settimanale medio del dipendente prima dell’infortunio/della malattia.
- **Numero di giorni lavorati a settimana** – inserire il numero di giorni lavorativi regolarmente programmati a settimana (1-7).
- **Tipo di settimana lavorativa** – selezionare il tipo di settimana lavorativa in vigore per il reclamante al momento dell’incidente. Standard (5 giorni, da lunedì a venerdì), fissa (giorni prestabiliti, ma non 5 giorni standard da lunedì a venerdì) o variabile (il dipendente non ha un programma settimanale prestabilito).
- **Giorni di lavoro programmati** – selezionare i giorni della settimana corrispondenti al programma di lavoro del reclamante al momento dell’incidente. Se il tipo di settimana lavorativa selezionato è “variabile”, questo campo può essere lasciato vuoto.

Infortunio dipendente:

- **Salario completo pagato per la data dell’infortunio** – selezionare *Sì* o *No*.
- **Il datore di lavoro ha versato il salario al posto dell’indennizzo** – selezionare *Sì* o *No* per indicare se il dipendente ha continuato a ricevere pagamenti dopo l’infortunio/la malattia, ad esempio in forma di giorni di malattia o assegno di invalidità.
- **Trattamento iniziale** – selezionare il tipo di trattamento iniziale.
- **Decesso a causa dell’infortunio** – selezionare *Sì*, *No* o *Non so* per indicare se l’infortunio/la malattia abbia causato il decesso.
- **Data di decesso** – indicare la data del decesso, se pertinente.
- **Numero dipendenti** – il numero di dipendenti, *se conosciuto (solo per casi di decesso)*.
- **Natura dell’infortunio** – indicare il tipo di infortunio (ad es., lacerazione, ustione, frattura, strappo ecc.).
- **Parte del corpo** – indicare la parte del corpo infortunata (ad es., braccio sinistro, piede destro, cranio, multiple ecc.).
- **Cause dell’infortunio** – indicare la causa dell’infortunio (ad es., veicolo a motore, macchinario, strappo o lesione da sollevamento, ecc.).
- **Descrizione incidente/infortunio** – descrivere il modo in cui si è verificato l’incidente e i relativi infortuni.

Status di lavoro:

- **Data iniziale ultimo giorno lavorato** – l'ultimo giorno lavorato prima del congedo.
- **Tipo di ritorno al lavoro** – selezionare *Effettivo* se il dipendente è effettivamente rientrato al lavoro, o *Rilasciato* se il dipendente è stato rilasciato e autorizzato a tornare al lavoro, ma non lo ha fatto.
- **Data iniziale inizio della disabilità** – primo giorno di disabilità (congedo) una volta trascorso il periodo previsto di attesa di 7 giorni. Tale periodo di 7 giorni non si applica ai dipendenti impiegati come soccorritori volontari d'ambulanza o vigili del fuoco volontari.
- **Restrizioni fisiche** – selezionare *Sì* se il dipendente è ritornato al lavoro con restrizioni fisiche, o *No* se il dipendente è ritornato al lavoro senza restrizioni fisiche.
- **Data iniziale ritorno al lavoro** – se il dipendente è ritornato al lavoro, indicare la data iniziale di ritorno al lavoro.
- **Ritorno al lavoro presso lo stesso datore di lavoro** - selezionare *Sì* o *No*.

Località e testimoni dell'incidente:

- **Locali** – selezionare i locali in cui si è verificato l'infortunio. *Datore di lavoro* - l'incidente si è verificato nei locali del datore di lavoro; *Locatario* - l'incidente si è verificato nei locali del locatario presso i quali il dipendente era stato assunto a lavorare; o *Altro* - l'incidente si è verificato presso una località diversa dai locali del datore di lavoro per cui il dipendente lavorava. Selezionare *Datore di lavoro*, se il dipendente è membro di un Servizio di soccorso volontario d'ambulanza o Dipartimento dei vigili del fuoco volontari, e ha subito l'infortunio lavorando per il proprio servizio/dipartimento. Selezionare *Altro*, se il dipendente ha subito l'infortunio lavorando in veste ufficiale per un Servizio di soccorso volontario d'ambulanza o Dipartimento dei vigili del fuoco volontari diversi da quello di cui è membro.
- **Nome azienda** – il nome dell'azienda presso cui si è verificato/a l'infortunio/la malattia.
- **Via, città, stato, codice postale, regione, Paese** – l'indirizzo presso cui si è verificato/a l'infortunio/la malattia.
- **Dettagli località** – fornire qualsiasi dettaglio aggiuntivo sulla località (ad es., Edificio C, 4° piano, Stanza 101).
- **Testimoni & numero di telefono dell'ufficio** – indicare i nomi e i numeri di telefono dell'ufficio di qualsiasi testimone dell'infortunio/della malattia.

Informazioni sul datore di lavoro:

- **Nome** – il nome dell'azienda o il nome del titolare e il nome che usa per l'attività. Se il dipendente è membro di un Servizio di soccorso volontario d'ambulanza o Dipartimento dei vigili del fuoco volontari, indicare il nome della suddivisione Politica.
- **FEIN Datore di lavoro** - il suo Federal Employer Identification Number (matricola di identificazione federale del datore di lavoro, FEIN). Questo è il suo codice di identificazione fiscale federale. Se non dispone di un numero FEIN, inserisca il suo numero di previdenza sociale. Se il datore di lavoro è un Servizio di soccorso volontario d'ambulanza o un Dipartimento dei vigili del fuoco volontari, indicare il FEIN della suddivisione Politica.
- **Numero UI** – inserire le prime 7 cifre del suo numero di registrazione (UIER) della New York Unemployment Insurance (assicurazione contro la disoccupazione, NY UI). Questo è il numero utilizzato per la segnalazione al Dipartimento del lavoro (Department of Labor).
- **Codice classificazione manuale** – il codice di classificazione del manuale del New York Compensation Insurance Rating Board (NYCIRB), se conosciuto. Questo codice è disponibile sulla sua polizza assicurativa del Workers' Compensation.
- **Codice industriale** – il codice del North American Industry Classification System (NAICS). Se non conosce il suo codice NAICS, descriva il tipo o la natura delle sue attività aziendali con la massima precisione (ad es., ristorante, edilizia, vendita).
- **Info/Attn** – qualsiasi altra informazione di contatto pertinente per il datore di lavoro.
- **Indirizzo postale, città, stato, codice postale & Paese** – indirizzo completo del datore di lavoro presso cui lei riceve la corrispondenza (ad es., ufficio centrale). Includere le caselle postali.
- **Indirizzo fisico, città, stato, codice postale & Paese** – indirizzo fisico del datore di lavoro (se diverso).
- **Nome supervisore & numero di telefono dell'ufficio del supervisore** – indicare il nome e il numero di telefono del supervisore diretto del dipendente, incluso il prefisso.

Informazioni assicurato:

- **Nome assicurato** – il nome dell'entità assicurata. Se il dipendente è membro di un Servizio di soccorso volontario d'ambulanza o Dipartimento dei vigili del fuoco volontari, indicare il nome del servizio d'ambulanza o del dipartimento dei vigili del fuoco.
- **FEIN assicurato** – il Federal Employer Identification Number (FEIN) dell'assicurato. Questo è il suo codice di identificazione fiscale federale. Se non dispone di un numero FEIN, inserisca il suo numero di previdenza sociale. Se l'assicurato è membro di un Servizio di soccorso volontario d'ambulanza o Dipartimento dei vigili del fuoco volontari, indicare il nome del servizio d'ambulanza o del dipartimento dei vigili del fuoco.
- **ID località assicurato** – indicare l'ID di località dell'assicurato, se presente (ad es., negozio 202, impianto 51 ecc.).
- **Tipo assicurato** – selezionare il tipo di assicurazione: *Assicurato*, *Assicurato autonomo* o *Non assicurato*.
- **Numero ID della polizza** – il numero della polizza assicurativa presso il Workers' Compensation.
- **Data di entrata in vigore & data di scadenza polizza** – le date di entrata in vigore e di scadenza della polizza.