

Istruzioni per la compilazione del modulo C-3, “Richiesta di indennizzo da parte del dipendente”

Per richiedere l'indennità lavorativa a seguito di infortunio sul lavoro, compilare il presente modulo e inviarlo al proprio ufficio distrettuale (DO) locale della Workers' Compensation Board. L'elenco completo degli indirizzi è reso in calce a queste istruzioni. Se si necessita di ulteriore assistenza nella compilazione del presente modulo, contattare la Workers' Compensation Board al numero 1-877-632-4996. È anche possibile compilare online lo stesso modulo all'indirizzo: [http:// www.wcb.ny.gov/](http://www.wcb.ny.gov/)

Lasciare il campo in bianco qualora non si disponga o non si conosca il numero della propria pratica presso la Workers' Compensation Board. Non è obbligatorio procedere con la richiesta. Non dimenticare di inserire il proprio nome e la data dell'infortunio / della malattia sulla parte superiore di pagina due.

Sezione A – Informazioni personali (Dipendente):

- Campo 1:** Inserire il proprio nome per esteso, comprensivo di nome di battesimo, iniziali del secondo nome e cognome.
- Campo 2:** Inserire la propria data di nascita nel formato mese/giorno/anno. Inserire l'anno in quattro cifre.
- Campo 3:** Inserire il proprio indirizzo postale, comprensivo di casella postale (se applicabile), città o località, Stato e codice di avviamento postale (CAP).
- Campo 4:** Inserire il proprio numero di previdenza sociale. Questo numero è molto importante per poter prendere più velocemente in esame la richiesta.
- Campo 5:** Indicare il numero di telefono principale, comprensivo di prefisso. Sono ammessi anche i numeri di cellulare.
- Campo 6:** Indicare il proprio sesso (maschio o femmina).
- Campo 7:** Le sedute della Workers' Compensation Board si tengono in lingua inglese. La Workers' Compensation Board può fornire servizio di interpretariato nel caso in cui si necessiti di assistenza linguistica per comprendere la procedura. Barrare la casella “Sì” e indicare la lingua per cui si richiede il servizio.

Sezione B – Informazioni sul datore di lavoro:

- Campo 1:** Indicare il datore di lavoro per cui si stava lavorando al momento dell'infortunio o dell'insorgenza della malattia.
- Campo 2:** Inserire il numero di telefono di detto datore di lavoro; inserire il numero di telefono principale o il numero del proprio supervisore.
- Campo 3:** Inserire l'indirizzo del datore di lavoro, comprensivo di casella postale (se applicabile), città o località, Stato e codice di avviamento postale (CAP).
- Campo 4:** Indicare la data in cui è avvenuta l'assunzione presso il suddetto datore di lavoro.
- Campo 5:** Inserire il nome del proprio supervisore diretto, a cui si fa regolarmente riferimento.
- Campo 6:** Nel caso si abbia più di un lavoro, indicare il nome e l'indirizzo di tutti gli altri datori di lavoro, escluso il datore di lavoro presso cui è avvenuto l'infortunio. Nel caso si necessiti di ulteriore spazio per scrivere, allegare un foglio separato.
- Campo 7:** Barrare la casella “Sì” nel caso in cui si siano dovute perdere ore lavorative anche presso altri datori di lavoro a seguito dell'infortunio o della malattia; altrimenti barrare la casella “No”.

Sezione C – Informazioni sulla professione al momento dell'infortunio o della malattia:

- Campo 1:** Indicare l'attuale qualifica professionale o la natura delle mansioni svolte (es. magazziniere).
- Campo 2:** Indicare le tipiche attività lavorative svolte per tale qualifica (es. mantenere l'inventario, scaricare camion, ecc.).
- Campo 3:** Barrare la casella con la tipologia di contratto lavorativo.
- Campo 4:** Inserire la retribuzione lorda (ante imposte) per periodo di retribuzione.
- Campo 5:** Indicare la frequenza con cui si riceveva la busta paga (settimanale, bisettimanale, ecc.).
- Campo 6:** Indicare se si usufruiva anche di alloggio o mance in aggiunta alla normale retribuzione. In caso positivo, descrivere brevemente.

Sezione D – Informazioni sull'infortunio o sulla malattia

- Campo 1:** Inserire la data in cui è avvenuto l'infortunio o la data in cui per la prima volta si è notata l'insorgenza della malattia. Inserire la data nel formato mese/giorno/anno. Inserire l'anno in quattro cifre. Nel caso di malattia o patologia dovuta all'attività lavorativa, passare al campo 2.
- Campo 2:** Inserire l'ora in cui è avvenuto l'infortunio. Barrare la casella AM se l'infortunio è avvenuto prima di mezzogiorno, o la casella PM se è avvenuto dopo mezzogiorno.
- Campo 3:** Indicare il luogo in cui è avvenuto l'infortunio / la malattia, includendo l'indirizzo dell'edificio e la posizione fisica dell'edificio in cui è avvenuto l'infortunio / la malattia.
- Campo 4:** Indicare se si era soliti lavorare presso detto luogo. In caso negativo, spiegare i motivi per cui ci si trovava presso detto luogo.
- Campo 5:** Descrivere in dettaglio che cosa si stava facendo al momento dell'infortunio / della malattia (es. scaricare a mano scatole da un camion). Ciò permetterà di conoscere gli eventi che hanno portato all'infortunio.
- Campo 6:** Descrivere in dettaglio come ci si è procurati l'infortunio / la malattia (es. stavo sollevando una scatola pesante dal camion). La descrizione deve includere tutte le persone coinvolte e i fatti accaduti durante l'infortunio / la malattia.
- Campo 7:** Indicare in maniera esaustiva la natura e l'entità dell'infortunio / della malattia, incluse tutte le parti del corpo interessate nell'infortunio. Cercare di essere il più specifici possibile. (es. Mi sono procurato uno stiramento alla schiena cercando di sollevare una scatola pesante. Adesso ho problemi a piegarmi o a sollevare persino gli oggetti più leggeri.)
- Campo 8:** Indicare l'eventuale coinvolgimento durante l'incidente di oggetti DIVERSI DA veicoli a motore dotati di licenza. Tali oggetti possono includere attrezzi (es. martello), sostanze chimiche (es. acidi), macchinari (es. carrello elevatore o trapano a colonna), ecc.
- Campo 9:** Indicare l'eventuale coinvolgimento durante l'incidente di veicoli a motore dotati di licenza. In caso positivo, barrare la casella relativa alla proprietà di detto veicolo: personale, del datore di lavoro o appartenente a terzi. Includere il numero di targa (se noto). Nel caso il proprio veicolo personale sia stato coinvolto nell'infortunio, inserire il nome e l'indirizzo della propria compagnia assicurativa per la responsabilità civile automobilistica.
- Campo 10:** Barrare la relativa casella in caso si abbia già comunicato al proprio datore di lavoro o supervisore la notifica di infortunio o malattia. In caso positivo, indicare a chi è stata comunicata la notifica e se tale comunicazione è avvenuta a voce o per iscritto. Includere la data della notifica.
- Campo 11:** Barrare la relativa casella se ci sono persone che hanno assistito all'infortunio. In caso positivo, includere il nome di tali persone.

Sezione E – Ritorno al lavoro:

- Campo 1:** Nel caso in cui si sia smesso di lavorare a causa dell'infortunio / della malattia, barrare la casella “Sì” e indicare la data in cui si è smesso di lavorare. In caso contrario, barrare la casella “No” e passare alla prossima sezione.
- Campo 2:** Barrare la casella “Sì” se si è già tornati al lavoro. Indicare anche la data in cui si è ripreso a lavorare e se si è tornati alle proprie regolari mansioni, oppure se si hanno mansioni limitate o ridotte. (Se non si è tornati a svolgere tutte le mansioni lavorative precedenti all'infortunio, barrare la casella “Mansioni limitate”).

Sezione E – Ritorno al lavoro (continua):

Campo 3: Nel caso si sia già tornati al lavoro, indicare per chi si sta lavorando ora.

Campo 4: Inserire la propria retribuzione lorda (ante imposte) per periodo di retribuzione per il lavoro attualmente svolto. Indicare la frequenza con cui si riceve la busta paga (settimanale, bisettimanale, ecc.).

Sezione F – Trattamento medico per l'infortunio o la malattia:

Campo 1: Nel caso in cui non si sia ricevuto alcun trattamento medico per detto infortunio/malattia, barrare la casella “Nessun trattamento ricevuto” e passare al campo 5. In caso contrario, inserire la data del primo trattamento ricevuto per detto infortunio/malattia e completare la restante parte della sezione.

Campo 2: Barrare la relativa casella se il primo trattamento per l'infortunio o la malattia è avvenuto sul posto di lavoro.

Campo 3: Barrare la casella relativa al luogo in cui è avvenuto il primo trattamento non effettuato sul posto per l'infortunio o la malattia. Includere il nome e l'indirizzo della struttura, insieme al numero di telefono (comprensivo di prefisso).

Campo 4: Se si è ancora sottoposti a trattamento per lo stesso infortunio o malattia, barrare la casella “Sì” e indicare il nome e l'indirizzo del medico (o dei medici) che ha fornito il trattamento, insieme al numero di telefono (comprensivo di prefisso); in caso contrario, barrare la casella “No”.

Campo 5: Se si ritiene di aver già sostenuto un infortunio alla stessa parte del corpo o di aver già sofferto di una malattia simile, barrare la casella “Sì” e indicare se si è stati curati da un medico per detto infortunio o malattia. Nel caso si sia stati curati da un medico, indicare il nome e l'indirizzo di ogni medico che ha prestato le cure; **compilare e presentare il Modulo C-3.3 insieme al presente modulo.**

Campo 6: In caso di infortuni o malattie precedenti, indicare se tali infortuni o malattie erano correlati alla professione. In caso positivo, indicare se l'infortunio o la malattia è avvenuto mentre si lavorava per l'attuale datore di lavoro.

Firmare il Modulo C-3 nel campo contrassegnato come “Firma del dipendente” a pagina 2, quindi scrivere il proprio nome in stampatello e inserire la data in cui si è sottoscritto il modulo. Nel caso in cui una terza parte apponga la propria firma in rappresentanza del dipendente, tale persona dovrà firmare sulla seconda riga prevista per la firma. Nel caso in cui si usufruisca di assistenza legale, l'avvocato o il professionista **dovrà obbligatoriamente** completare e firmare la relativa sezione di certificazione a fine di pagina 2.

Procedura da seguire in caso di infortuni sul lavoro o malattie legate alla professione:

1. Comunicare immediatamente al proprio datore di lavoro o supervisore dove, come e quando è avvenuto l'infortunio.
2. Cercare subito assistenza medica.
3. Chiedere al proprio medico di presentare i referti alla Workers' Compensation Board e al proprio datore di lavoro o alla sua compagnia assicurativa.
4. Compilare la presente richiesta in tutte le sue parti e inviarla al più vicino ufficio della Workers' Compensation Board. (cfr. di seguito).
La mancata presentazione della documentazione entro due anni dalla data dell'infortunio comporta un probabile rigetto della richiesta. Se si necessita di assistenza nella compilazione del presente modulo, telefonare o recarsi presso la più vicina agenzia della Workers' Compensation Board tra quelle elencate di seguito.
5. Presenziare a tutte le sedute quando richiesto.
6. Tornare al lavoro non appena si è in grado di svolgere nuovamente le proprie mansioni; l'indennità non è mai superiore alla normale retribuzione.

I diritti del dipendente:

1. In generale, i dipendenti hanno il diritto al trattamento da parte di un medico di propria scelta, purché autorizzato dalla Workers' Compensation Board. Nel caso in cui il proprio datore di lavoro faccia parte di un'organizzazione di prestatori di assistenza sanitaria convenzionati (PPO), si dovrà ricevere il trattamento iniziale da parte del membro di tale organizzazione deputato a fornire assistenza medica in caso di infortuni sul lavoro.
2. NON sostenere le spese né per il proprio medico né per l'ospedale. Tali spese saranno interamente sostenute dalla compagnia assicurativa nel caso in cui non ci siano controversie sulla pratica. In caso di controversie, invece, il medico o l'ospedale dovranno attendere la decisione della Workers' Compensation Board sulla vostra pratica prima di ricevere il pagamento. In caso di abbandono della pratica o di mancata approvazione da parte della Workers' Compensation Board, le spese del medico o dell'ospedale saranno a carico del dipendente.
3. I dipendenti hanno anche diritto al rimborso di medicinali, stampelle o altre attrezzature debitamente prescritte dal medico, nonché al rimborso delle spese di trasporto o altre spese necessarie, sostenute per il tragitto dallo studio medico o dall'ospedale. (Conservare tutte le ricevute relative a tali spese.)
4. I dipendenti hanno diritto all'indennità nel caso in cui l'infortunio non consenta di recarsi al lavoro per oltre sette giorni, obblighi a lavorare per una retribuzione minore o comporti una disabilità permanente a qualsiasi parte del corpo.
5. L'indennità verrà corrisposta direttamente, senza attendere eventuali premi assicurativi, a meno di controversie sulla pratica.
6. I lavoratori o i dipendenti che hanno subito un infortunio possono usufruire dell'assistenza legale di un avvocato o di un professionista munito di licenza, oppure autorappresentarsi davanti alla Workers' Compensation Board. Nel caso in cui si decida di affidarsi ad un avvocato o professionista munito di licenza, la parcella per le prestazioni legali fornite sarà presa in esame dalla Workers' Compensation Board e, in caso di approvazione, sarà pagata dal datore di lavoro o dalla compagnia assicurativa tramite l'eventuale indennità lavorativa dovuta. I lavoratori infortunati o le persone a carico di lavoratori deceduti non devono emettere alcun pagamento diretto all'avvocato o professionista munito di licenza responsabili della propria pratica di indennizzo.
7. Nel caso si necessiti di assistenza per tornare a lavoro o per i problemi familiari o economici conseguenti all'infortunio, contattare la più vicina agenzia della Workers' Compensation Board e chiedere di parlare con un consulente per la riabilitazione o un operatore sociale.

Per depositare il modulo, inviarlo direttamente all'indirizzo riportato di seguito:

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

Numero verde gratuito Assistenza Clienti: 877-632-4996