



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.

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 doznałeś(-aś) kolejnego urazu tej samej części ciała lub podobnej choroby? 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 przedstawi 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/>

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 kregosłup, 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 skutek 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