

Informacje o roszczeniu – WE WSZTSKICH KONTAKTACH NALEŻY PODAWAĆ WSZYSTKIE TE NUMERY

Data wypadku/choroby: _____ Numer sprawy WCB: _____

Informacje o rannym pracowniku

Zaznacz jeżeli jest nowy adres

Nazwisko: _____ Imię: _____ Inicjał drugiego imienia: _____

Adres do doręczeń: _____ Linia 2: _____

Miejscowość: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____ Kraj: _____

Numer telefonu w ciągu dnia: _____ Adres e-mail: _____

Numer Social Security: _____ Data urodzenia: _____ Płeć: Mężczyzna Kobieta

Informacje o pracodawcy

Nazwa pracodawcy: _____

Adres do doręczeń: _____ Linia 2: _____

Miejscowość: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____ Kraj: _____

Numer telefonu do pracodawcy: _____ Federalny numer identyfikacji podatkowej: _____ Numer identyfikacji podatkowej to (zaznaczyć): SSN EIN

Powód tego wniosku – Instrukcje: Należy zaznaczyć wszystkie właściwe. Należy dołączyć dodatkowe formularze, raporty medyczne, listy itp., Zgodnie z wymaganiami dla każdego pola wyboru. Jeśli dodatkowe informacje zostały już przesłane, nie należy ich załączać, ale należy spróbować zidentyfikować je w polu na spodzie tego formularza **, podając numer formularza lub nazwę oraz datę przesłania go do Zarządu. Podpisz i wpiszę datę w formularzu, poniżej.

Płatności wyrównawcze:

- a. Nie pracuję od _____ i nie otrzymuję płatności. **Dokumentacja medyczna wskazująca na niepełnosprawność .**

Należy zaznaczyć wszystkie dotyczące pola:

Złożyłem(-am) wniosek o rozpatrzenie roszczenia w związku z obrażeniami z wypadku przy pracy.

Mój pracodawca nie płaci mojego wynagrodzenia.

Moje roszczenie nie zostało odrzucone.

Nie otrzymałem(-am) decyzji uniemożliwiającej mi otrzymywanie odszkodowania.

Podjąłem(-łam) próby rozwiązania tej kwestii z ubezpieczycielem.

- b. Moje płatności zostały zawieszane lub zmniejszone.

- c. Wróciłem(-am) do pracy od _____ i otrzymuję pełne wynagrodzenie.

- d. Zarabiam mniej niż przed wypadkiem. **Należy dołączyć aktualny odcinek wypłaty i raporty medyczne od swojego lekarza.**

- e. Miałem(-am) dwóch lub więcej pracodawców w dniu wypadku/doznania urazu (równoczesne zatrudnienie).

Należy dołączyć dokument potwierdzający wysokość tygodniowego wynagrodzenia brutto przed wypadkiem i oświadczenie drugiego pracodawcy dotyczące przerwy w zatrudnieniu.

- f. Zostałem(-am) zwolniony(-a) z więzienia _____ i nie otrzymuję płatności.

Należy dołączyć raport medyczny, który wykazuje niepełnosprawność medyczną i zwolnienie z więzienia.

- g. Nie otrzymałem(-am) zapłaty zgodnie z decyzją podjętą w dniu _____

Problemy medyczne:

- h. Mój wniosek o przyznanie leczenia został odrzucony lub nie został rozpatrzony. **Należy dołączyć list odmowy.**

- i. Moja niepełnosprawność jest teraz stała. **Należy dołączyć formularz medyczny C-4.3, raport lekarza MMI/inwalidztwo stałe.**

Należy zaznaczyć to pole, jeśli miałeś(-aś) mniej niż 25 lat w chwili wypadku.

- j. Mój stan zdrowia uległ zmianie. **Należy dołączyć formularze medyczne.**

- k. Mój wniosek o zwrot kosztów leczenia i transportu został odrzucony lub nie został rozpatrzony. **Należy dołączyć rachunki i Formularz C-257.**

Inne kwestie:

- l. Mam nowe informacje i/lub informacje wymagane przez Zarząd w odniesieniu do **(Załącz dokumenty):**

- m. Inne (Należy wyjaśnić poniżej):

** Informacje referencyjne dotyczące dokumentu (data, nazwa/nagłówek, identyfikator formularza): _____

Podpis pracownika, który uległ wypadkowi: _____ Data: _____

Do poszkodowanego pracownika – Ogólne informacje na temat korzystania z tego formularza

Niniejszy formularz (RFA-1W) i wszelkie załączniki można przesłać do Workers' Compensation Board jeśli pracownik chce, aby Rada podjęła konkretne działania w związku ze złożonym przez niego roszczeniem lub jeśli pracownik chce zawiadomić Radę o jakimkolwiek problemie lub sytuacji, która może wpłynąć na złożony przez niego wniosek o rozpatrzenie roszczenia. Wiele najczęściej wnioskowanych działań/sytuacji to sprawy związane z kwestiami płatności rekompensat (kwestie wyszczególnione od a do g) lub kwestie medyczne (kwestie wyszczególnione od h do k), ale nie tylko. Należy zaznaczyć wszystkie dotyczące pola lub dodatkowe informacje oraz dotyczące pola poniżej (l lub m).

Należy wpisać dane identyfikacyjne u góry formularza RFA-1W i przesłać formularz, ZAŁĄCZAJĄC WSZYSTKIE DOTYCZĄCE INFORMACJE/DOKUMENTY*, do:

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

Adres do wysłania wiadomości e-mail: wcbclaimsfilig@wcb.ny.gov

Stanowy numer faksu: (877) 533-0337

Rada skontaktuje się z pracownikiem i wszystkimi stronami, gdy podejmie działania w sprawie złożonego przez pracownika roszczenia.

* Po każdym polu wyboru wymagane informacje oznaczone są tłustym drukiem. Na przykład w przypadku powiadamiania Rady o tym, że niepełnosprawność jest teraz stała (pole i), wymagana informacja to Formularz C-4.3, raport lekarski MMI/inwalidztwo stałe.

KOPIĘ NINIEJSZEGO FORMULARZA NALEŻY PRZESŁAĆ DO UBEZPIECZENIA LUB BEZPOŚREDNIO DO PRACODAWCY LUB JEGO NIEZALEŻNEGO ADMINISTRATORA, JEŚLI PRACODAWCA JEST SAMOUBEZPIECZONY.

Jeśli masz inne obawy, możesz skontaktować się z **ADWOKATEM RADY DS. PRACOWNIKÓW PO WYPADKACH pod numerem (800) 580-6665**. Dodatkowe informacje na temat innych usług Rady można uzyskać na stronie internetowej Rady: www.wcb.ny.gov. Osoby pragnące śledzić swoje roszczenia w trybie on-line mogą zarejestrować się w eCase, korzystając z instrukcji rejestracyjnych dostępnych na stronie internetowej Rady pod linkiem eCase.

Masz prawo do zatrudnienia adwokata. Adwokat nie może pobierać opłaty bezpośrednio za reprezentację w roszczeniu odszkodowawczym pracowników. Jeśli w przypadku roszczenia przyznane zostanie odszkodowanie, wszelkie honoraria adwokata muszą zostać zatwierdzone przez Radę i zostaną odjęte od wypłaconego przez ubezpieczyciela i zostaną wypłacone adwokatowi bezpośrednio.

Leczenie medyczne - Oprócz usług medycznych o wartości niższej niż 1000 USD, większość usług medycznych objętych wytycznymi w sprawie leczenia (bez względu na koszty) nie wymaga autoryzacji leczenia. W przypadku tego rodzaju usług, dostawca usług zdrowotnych może zapewnić leczenie i wystawić rachunek ubezpieczycielowi. W przypadku braku odpowiedzi w ciągu 45 dni od otrzymania rachunku, dostawca usług zdrowotnych może złożyć wniosek o wydanie orzeczenia administracyjnego na formularzu HP-1. W przypadku braku odpowiedzi w ciągu 45 dni od otrzymania rachunku, dostawca usług zdrowotnych może złożyć wniosek o wydanie orzeczenia administracyjnego na formularzu HP-1. Oprócz tych rodzajów leczenia, gdy świadczenia medyczne mają wartość 1000,00 USD lub więcej i nie mieszczą się w Wytycznych dotyczących leczenia, dostawca usług zdrowotnych ma obowiązek skontaktować się z ubezpieczycielem lub ubezpieczonym pracodawcą w celu uzyskania autoryzacji. Dostawca usług zdrowotnych musi również złożyć formularz C-4AUTH u ubezpieczyciela lub ubezpieczonego pracodawcy i przesłać go do Rady. W przypadku odmowy świadczeń medycznych lub usług medycznych o wartości 1000,00 lub wyższej, ubezpieczyciel lub ubezpieczony pracodawca jest zobowiązany do złożenia formularza C-8.1A i przedstawienia sprzecznych dowodów medycznych.

KAŻDA OSOBA, KTÓRA ŚWIADOMIE I Z ZAMIAREM OSZUSTWA PRZEDSTAWIA, POWODUJE LUB PRZYGOTOWUJE SIĘ ZE ŚWIADOMOŚCIĄ LUB PRZEKONANIEM, ŻE ZOSTANIE PRZEDSTAWIONA LUB PRZEZ UBEZPIECZYCIELA LUB AUTO-UBEZPIECZYCIELA, JAKAKOLWIEK INFORMACJA ZAWIERAJĄCA NIEPRAWDZIWE INFORMACJE LUB UKRYWAJĄCA JAKIEKOLWIEK FAKTY MATERIALNE, BĘDZIE WINNA POPEŁNIENIA PRZESTĘPSTWA I ZOSTANIE UKARANA WYSOKIMI GRZYWNAMI I KARĄ POZBAWIENIA WOLNOŚCI

Powiadomienie Zgodnie z nowojorską ustawą o ochronie prywatności osobistej (Art. 6-A Ustawy o Funkcjonariuszach Publicznych) i Federalną Ustawą o Ochronie Prywatności z 1974 r. (5 USC § 552a). The Workers' Compensation Board's [Urząd Rady ds. Wynagrodzeń Pracowników] (Rada) ma prawo do uzyskania danych osobowych poszkodowanego, w tym jego numeru Social Security, na podstawie uprawnień Rady wynikających z Workers' Compensation Law [Prawa Odszkodowań Pracowniczych] (WCL) § 20, a uprawnienia administracyjne wynikają z WCL § 142. Informacje te są gromadzone, aby pomóc Radzie przeprowadzić dochodzenie i załatwić roszczenia w najbardziej dogodny sposób oraz utrzymać dokładne zapisy roszczeń. Podanie numeru Social Security Radzie jest dobrowolne. Nie podanie numeru Social Security nie jest karalne; nie spowoduje to odmowy roszczenia ani zmniejszenia świadczeń. Rada będzie chronić wszystkie posiadane dane osobowe, ujawniając je wyłącznie w celu wypełniania obowiązków służbowych i zgodnie z obowiązującym prawem stanowym i federalnym.