NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. Workers' Compensation Board

Odniosłeś/-aś obrażenia w pracy. Co teraz?

Komisja ds. odszkodowań pracowniczych stanu Nowy Jork (New York State Workers' Compensation Board) (Komisja) otrzymała powiadomienie o odniesieniu przez Pana/-ią obrażenia w pracy i założyła sprawę dotyczącą odszkodowania pracowniczego w Pana/-i imieniu. Być może skorzystali już Państwo z pomocy medycznej. W przeciwnym razie należy niezwłocznie zwrócić się o niezbędną pomoc medyczną.

W celu uzyskania pomocy dotyczącej roszczenia należy zadzwonić do **Komisji ds. odszkodowań pracowniczych** 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 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 formularza **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).

AGENCJA ZATRUDNIA I OBSŁUGUJE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE BEZ DYSKRYMINACJI.

New York State Workers' Compensation Board
PO BOX 5205
Binghamton, NY 13902-5205
wcb.ny.gov • (877) 632-4996

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**. 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**; 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**
		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.

NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. Workers' Compensation Board

NEW YORK STATE | Workers' Compensation Board

Wniosek pracownika

Stan Nowy Jork — Komisja ds. Odszkodowań Pracowniczych

C-3

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: _____ (Pierwsze / Inicjał drugiego / Nazwisko) 2. Data urodzenia:_____/_____/_____
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): _____

KOMISJA DS. ODSZKODOWAŃ PRACOWNICZYCH ZATRUDNIA ORAZ SŁUŻY OSOBOM NIEPEŁNOSPRAWNYM, KIERUJĄC SIĘ ZASADĄ RÓWNOŚCI

IMIĘ I NAZWISKO: _____ **DATA POWSTANIA URAZU/CHOROBY:** _____/_____/_____
Pierwsze Inicjał drugiego Nazwisko

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 poszkodowanego ☐ 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) nieznana(-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 WYSŁAĆ 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:_____/_____/_____

Instrukcje dotyczące wypełniania Employee Claim (Wniosek pracownika, formularz C-3P)

Prosimy o wypełnienie tego formularza i wysłanie na adres pocztowy Komisji ds. odszkodowań pracowniczych (Workers' Compensation Board) wymieniony na końcu tych instrukcji. W przypadku konieczności uzyskania dodatkowej pomocy w wypełnieniu tego formularza należy kontaktować się z Komisją ds. odszkodowań pracowniczych pod nr **1-877-632-4996.** Formularz można również złożyć online na stronie **wcb.ny.gov**. W przypadku braku numeru sprawy Komisji ds. odszkodowań pracowniczych należy zostawić to pole puste. Przetworzenie roszczenia nie jest wymagane. Należy podać imię i nazwisko oraz datę obrażenia/choroby w górnej części drugiej strony.

Część A – dane pracownika:

W części A należy podać imię i nazwisko, adres oraz inne wymagane informacje.
Uwaga dot. poz. 7: Rozprawy Komisji są przeprowadzane w j. angielskim. W przypadku konieczności skorzystania z pomocy tłumacza należy wybrać **Tak** i wskazać wymagany język.

> **Powiadomienie zgodne z ustawą o ochronie danych osobowych stanu Nowy Jork (New York Personal Privacy Protection Law) (Paragraf 6-A ustawy o urzędnikach publicznych) (Public Officers Law Article 6-A) oraz federalną ustawą o prywatności (Federal Privacy Act) z1974 r (5 U.S.C. § 552a).**
>
> Prawo Komisji ds. odszkodowań pracowniczych (Komisja) do żądania od wnioskodawców podania danych osobowych, włączając numer ubezpieczenia społecznego, wynika z uprawnienia do prowadzenia dochodzenia przez Komisję na mocy § 20 ustawy o odszkodowaniach pracowniczych (Workers' Compensation Law, WCL) oraz jej władzy administracyjnej zgodnie z § 142 WCL. Informacje te są gromadzone jako pomoc Komisji podczas dochodzenia i administracji roszczeniami w najbardziej korzystny sposób oraz jako pomoc w utrzymaniu rzetelnej dokumentacji dotyczącej roszczenia. Podanie numeru ubezpieczenia społecznego Komisji jest dobrowolne. Za niepodanie numeru ubezpieczenia społecznego na tym formularzu nie jest nakładana żadna kara; nie będzie to skutkować odrzuceniem roszczenia ani zmniejszeniem zasiłków. Komisja będzie chronić poufność wszystkich danych osobowych, które znajdują się w jej posiadaniu, ujawniając je wyłącznie w procesie wypełniania oficjalnych obowiązków oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami stanowymi i federalnymi.

Część B – pracodawca/-y:

W części B podać nazwisko, adres, numer telefonu oraz inne informacje dotyczące pracodawcy, dla którego wnioskodawca pracował w momencie obrażenia/choroby.
Uwaga! Pracodawca to firma lub agencja wystawiająca wypłatę poborów czekiem. W przypadku wykonawców w miejscu pracy lub biurze agencja pracy lub dostawca, który zatrudnił wnioskodawcę jest pracodawcą, a nie miejsce pracy lub biuro, w którym wnioskodawca stawia się do pracy.

Część C – zawód/stanowisko w dniu powstania urazu lub wystąpienia choroby:

W części C podać informacje dotyczące stanowiska, obowiązków zawodowych i wypłaty.

Część D – uraz lub choroba:

W części D podać informacje dotyczące obrażenia lub choroby.
Pozycja 1: Wprowadzić datę odniesienia obrażenia lub datę zauważenia choroby.
Jeśli jest to choroba zawodowa, przejść do pozycji 2. Data odniesienia obrażenia musi być podana w formacie miesiąc/dzień/rok. Rok powinien zostać podany jako cztery cyfry, np. 2015.
Pozycja 2: Wprowadzić godzinę odniesienia obrażenia. Sprawdzić, czy było to rano (AM), czy po południu (PM).
Pozycja 3: Wskazać miejsce, w którym doszło do obrażenia/choroby, włączając adres budynku oraz fizyczną lokalizację w budynku, gdzie wystąpiło obrażenie/choroba.
Pozycja 4: Zaznaczyć, czy było to normalne miejsce wykonywania pracy. Jeśli nie, wyjaśnić, dlaczego wnioskodawca znalazł się w tej lokalizacji.
Pozycja 5: Opisać szczegółowo czynności wykonywane w momencie wystąpienia obrażenia/choroby (np. ręczny rozładunek skrzyń z pojazdu ciężarowego). Wyjaśnia to zdarzenie prowadzące do obrażenia.
Pozycja 6: Opisać szczegółowo, jak doszło do obrażenia/choroby (np. podnosiłem ciężką skrzynię z pojazdu ciężarowego). Opis powinien obejmować wszystkie osoby oraz zdarzenia dotyczące obrażenia/choroby.
Pozycja 7: Określić w pełni istotę i zakres obrażenia/choroby, włączając wszystkie części ciała, których dotyczy obrażenie/choroba. Podać jak najwięcej szczegółów (np. nadwyrężenie pleców z powodu próby poniesienia zbyt ciężkiej skrzyni. Pochylanie się lub podnoszenie nawet lekkich przedmiotów sprawia ból).
Pozycja 8: Określić, czy w zdarzeniu brały udział obiekty **inne niż** licencjonowany pojazd mechaniczny. Inne obiekty mogą obejmować narzędzie (np. młotek), substancję chemiczną (np. kwas), maszynę (np. wózek widłowy lub wiertarkę pionową) itd.
Pozycja 9: Określić, czy w zdarzeniu brał udział licencjonowany pojazd mechaniczny. Jeśli tak, zaznaczyć, czy pojazd mechaniczny był własnością wnioskodawcy, pracodawcy lub strony trzeciej. Dołączyć numer tablic rejestracyjnych (jeśli jest znany). Jeśli w zdarzeniu brał udział pojazd wnioskodawcy, podać nazwę i adres ubezpieczyciela OC.
Pozycja 10: Zaznaczyć, czy pracodawca lub przełożony otrzymał powiadomienie o obrażeniu lub chorobie. Jeśli tak, kto otrzymał powiadomienie oraz w jakiej formie: ustnej, czy pisemnej. Dołączyć datę przekazania powiadomienia.
Pozycja 11: Zaznaczyć, czy ktoś jeszcze był świadkiem obrażenia. Jeśli tak, dołączyć imię/imiona i nazwisko/-a.

Część E – powrót do pracy:

Pozycja 1: W przypadku przerwy w pracy w rezultacie obrażenia/choroby związanej z pracą zaznaczyć Tak i wskazać datę zaprzestania pracy. W przypadku braku przerwy w pracy zaznaczyć Nie i przejść do kolejnej części.
Pozycja 2: W przypadku powrotu do pracy od czasu wypadku zaznaczyć Tak. Określić datę ponownego rozpoczęcia pracy, a także wskazać, czy wnioskodawca wrócił do normalnych, czy do ograniczonych obowiązków. (W przypadku niewrócenia do wszystkich obowiązków zawodowych przed obrażeniem lub chorobą wnioskodawca ma ograniczone obowiązki).

Pozycja 3: W przypadku powrotu do pracy określić, dla kogo pracuje wnioskodawca.
Pozycja 4: Podać wypłatę brutto (przed opodatkowaniem) za okres wynagrodzenia w odniesieniu do wykonywanej obecnie pracy. Określić, jak często wnioskodawca otrzymuje wypłatę (co tydzień, co dwa tygodnie itd.).

Część F – leczenie doznanego urazu lub choroby:

Pozycja 1: W przypadku braku leczenia medycznego obrażenia/choroby zaznaczyć „nie otrzymano" i przejść do pozycji 5. W przeciwnym razie wprowadzić datę pierwszego leczenia tego obrażenia/choroby i wypełnić pozostałą część.
Pozycja 2: Zaznaczyć, czy wnioskodawca otrzymał pierwszą pomoc w miejscu pracy w przypadku tego obrażenia lub choroby.
Pozycja 3: Podać lokalizację otrzymania pierwszego leczenia poza zakładem pracy w przypadku tego obrażenia lub choroby. Podać nazwę i adres placówki oraz numer telefonu (włączając nr kierunkowy).
Pozycja 4: W przypadku dalszego leczenia tego samego obrażenia lub choroby zaznaczyć Tak i podać nazwisko i adres lekarza/-y zapewniającego/-ych leczenie, a także nr telefonu (włączając nr kierunkowy); w przeciwnym razie zaznaczyć Nie.
Pozycja 5: W przypadku przekonania o istnieniu obrażenia tej samej części ciała lub podobnej choroby zaznaczyć Tak i określić, czy obrażenie lub chorobę leczył lekarz. W przypadku leczenia przez lekarza podać nazwisko/-a i adres/-y lekarza/-y, który/którzy zapewnili opiekę i **wypełnić oraz złożyć formularz C-3.3P razem z tym formularzem.**
Pozycja 6: W przypadku wcześniejszego obrażenia lub choroby zaznaczyć, czy były one związane z pracą. Jeśli tak, zaznaczyć, czy obrażenie lub choroba miały miejsce podczas pracy u bieżącego pracodawcy.

Podpisać formularz C-3P w miejscu przeznaczonym na podpis pracownika na stronie 2, wpisać nazwisko drukowanymi literami i podać datę podpisania formularza. Jeśli podpis składa strona trzecia w imieniu pracownika, osoba ta powinna złożyć podpis w drugiej linii na podpis. W przypadku posiadania przedstawiciela prawnego przedstawiciel **musi** wypełnić i podpisać część certyfikacyjną dla adwokata/przedstawiciela w dolnej części 2 strony.

Co powinien zrobić każdy pracownik w przypadku odniesienia obrażenia w pracy lub choroby zawodowej:

1. Niezwłocznie powiadomić pracodawcę lub przełożonego o dacie, miejscu oraz sposobie odniesienia obrażenia.
2. Niezwłocznie uzyskać pomoc medyczną.
3. Powiadomić lekarza o konieczności złożenia raportów medycznych do Komisji oraz pracodawcy lub jego ubezpieczyciela.
4. Wypełnić ten formularz o odszkodowanie i przesłać go do najbliższego biura Komisji ds. odszkodowań pracowniczych. (Patrz poniżej). Niezłożenie formularza w ciągu dwóch lat od daty obrażenia może skutkować odrzuceniem roszczenia. W przypadku konieczności uzyskania pomocy podczas wypełniania tego formularza należy zadzwonić lub odwiedzić najbliższe biuro Komisji ds. odszkodowań pracowniczych wymienione poniżej.
5. Udać się na wszystkie rozprawy w przypadku otrzymania powiadomienia o stawiennictwie.
6. Niezwłocznie wrócić do pracy; odszkodowanie nigdy nie jest tak wysokie, jak wynagrodzenie.

Prawa wnioskodawcy:

1. Wnioskodawca jest uprawniony do leczenia przez wybranego lekarza, pod warunkiem, że jest on zatwierdzony przez Komisję. Jeśli pracodawca posiada umowę z preferowanym dostawcą (Preferred Provider Organization, PPO), należy uzyskać wstępne leczenie od preferowanego dostawcy opieki wskazanego do zapewnienia usług opieki medycznej w przypadku obrażeń leczonych w ramach odszkodowań pracowniczych.
2. NIE NALEŻY płacić lekarzowi ani szpitalowi. Rachunki zostaną uregulowane przez ubezpieczyciela, jeśli sprawa nie jest obiektem sporu. W przypadku sporu w sprawie lekarz lub szpital musi poczekać na płatność do czasu podjęcia decyzji przez Komisję. W przypadku niepowodzenia postępowania sądowego lub podjęcia negatywnej decyzji przez Komisję konieczne będzie uregulowanie płatności na rzecz lekarza lub szpitala.
3. Wnioskodawca jest również uprawniony do zwrotu kosztów leków, kuli lub jakichkolwiek aparatów prawidłowo przepisanych przez lekarza oraz opłat za opiekę lub innych niezbędnych wydatków na rzecz gabinetu lekarskiego lub szpitala. (Należy uzyskać rachunki za takie wydatki).
4. Wnioskodawca jest uprawniony do odszkodowania za obrażenia uniemożliwiające podjęcie pracy przez co najmniej siedem dni, zmuszające do pracy za niższe wynagrodzenie lub skutkujące stałą niepełnosprawnością dowolnej części ciała.
5. Odszkodowanie jest wypłacane bezpośrednio i bez oczekiwania, oprócz sytuacji odrzucenia roszczenia.
6. Poszkodowani pracownicy lub osoby na utrzymaniu od zmarłych pracowników mogą reprezentować siebie w sprawach przed Komisją lub mogą zatrudnić adwokata lub licencjonowanego przedstawiciela w celu ich reprezentacji. W przypadku korzystania z usług adwokata lub licencjonowanego przedstawiciela jego wynagrodzenie za usługi prawne zostanie poddane ocenie Komisji i w przypadku zatwierdzenia zostanie uregulowane przez pracodawcę lub firmę ubezpieczeniową poza zasiłkami w ramach odszkodowania. Poszkodowani pracownicy lub osoby na utrzymaniu od zmarłych pracowników nie powinni płacić bezpośrednio adwokatowi lub licencjonowanemu przedstawicielowi reprezentującemu ich w sprawie o odszkodowanie.
7. W przypadku chęci skorzystania z pomocy w powrocie do pracy lub w przypadku problemów finansowych lub rodzinnych z powodu obrażenia należy skontaktować się z najbliższym biurem Komisji ds. odszkodowań pracowniczych i poprosić o doradcę ds. rehabilitacji lub pracownika społecznego.

Formularz należy złożyć, przesyłając go bezpośrednio na adres wymieniony poniżej:
New York State Workers' Compensation Board
Centralized Mailing
PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5205

Bezpłatny nr obsługi klienta: 877-632-4996

NEW YORK STATE | Workers' Compensation Board

Ograniczony zakres ujawniania informacji o stanie zdrowia (HIPAA) C-3.3

Stan Nowy Jork — Komisja ds. Odszkodowań Pracowniczych

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 zdrowia 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 uchylenia.** 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 przebytym 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

Stan Nowy Jork
KOMISJA DS. ODSZKODOWAŃ PRACOWNICZYCH

Informacja o prawie do wyboru dostawcy usług medycznych zatwierdzonego przez Komisję ds. Odszkodowań Pracowniczych

Imię i nazwisko poszkodowanego pracownika	Nr ubezpieczenia społecznego poszkodowanego pracownika	Data wypadku
Nazwa i adres pracodawcy		

Informacja dla poszkodowanego pracownika:

Dla celów leczenia doznanego urazu lub choroby, która wystąpiła w czasie wykonywania pracy poszkodowany pracownik ma prawo wyboru lekarza, podiatry, chiropraktyka lub psychologa (po otrzymaniu skierowania od upoważnionego lekarza), zatwierdzonego przez Komisję ds. Odszkodowań Pracowniczych i który przyjmuje pacjentów otrzymujących odszkodowanie pracownicze.

Istnieje możliwość wykorzystania sieci lub dostawcy usług rekomendowanego przez pracodawcę lub jego ubezpieczyciela wypłacającego odszkodowania pracownicze lub zezwolenia pracodawcy na wybór dostawcy w imieniu poszkodowanego. Może on jednak w dowolnym momencie zmienić dostawcę usług medycznych bez naruszenia prawa do ubiegania się odszkodowanie pracownicze.

Podpis poszkodowanego pracownika	Data	Podpis świadka	Data

Uwaga: Nie ma potrzeby podpisywania niniejszego formularza zgody, jeżeli pracodawca (i) zapewnia ubezpieczenia typu PPO (organizacja preferowanych świadczeniodawców), zgodnie z art. 10-A WCL lub (ii) uczestniczy w programie pilotażowym systemu ADR (dochodzenie roszczeń w trybie pozasądowym), zgodnie z postanowieniami zawartymi w sekcji 25(2-c) WCL. Zgodnie z zasadami obowiązującymi w przypadku wymienionych programów ustawowych osoba poszkodowana musi (za wyjątkiem sytuacji nagłych) skorzystać przynajmniej ze wstępnego leczenia urazu lub choroby objętej odszkodowaniem pracowniczym, które to leczenie zapewnia usługodawca (lub usługodawcy) certyfikowanej sieci, wyznaczeni przez pracodawcę.

Informacja dla pracodawcy:

Pracodawca powinien przekazać wyżej wymienionemu pracownikowi poszkodowanemu podpisaną kopię niniejszego formularza oraz przechowywać jego oryginał u siebie na wypadek kontroli Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych. Niniejszego formularza nie należy przesyłać do Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych ani też wykorzystywać go w procedowaniu przed wystąpieniem urazu lub choroby związanej z pracą wymienionego pracownika.

Komisja ds. Odszkodowań Pracowniczych zatrudnia oraz służy osobom niepełnosprawnym, kierując się zasadą równości.

Ubezpieczycielem od odszkodowań pracowniczych dla Pańskiej firmy jest New York State Insurance Fund (NYSIF), który posiada podpisaną umowę z CVS Caremark, spółką działającą w charakterze Pharmacy Benefits Manager (PBM – Administrator świadczeń farmaceutycznych) i oferującą dogodne usługi realizacji recept.

Fundusz NYSIF wprowadził usługę natychmiastowej rejestracji / krótkoterminowej realizacji we współpracy z CVS Caremark. Pracownikom, którzy doznali obrażeń, usługa ta umożliwia natychmiastowe przyjęcie w dowolnej aptece należącej do sieci PBM. Chociaż prawo Stanu Nowy Jork nie wymaga od nas realizacji tego świadczenia, postanowiliśmy zrealizować ograniczoną liczbę świadczeń farmaceutycznych w odniesieniu do nowych roszczeń dotyczących **związanych z pracą obrażeń i chorób**, aby pomóc pracownikom w tym trudnym okresie między doznaniem obrażenia a uznaniem roszczenia ubezpieczeniowego.

W przypadku, gdy pracownik dozna obrażeń w miejscu pracy, formularz znajdujący się na drugiej stronie (**Identyfikator tymczasowych usług realizacji recept w ramach odszkodowania pracowniczego**) może zostać wykorzystany do realizacji recepty w dowolnej aptece należącej do CareComp Network of CVS Caremark (Sieć odszkodowania pracowniczego CVS Caremark). Ułatwia to w dużym stopniu realizację **recept w związku z obrażeniami w miejscu pracy**.

Czynność 1: Wypełnia pracodawca:
- Nazwa pracodawcy
- Numer polisy

Czynność 2: Wypełnia poszkodowany pracownik:
- Numer ubezpieczenia społecznego
- Data wypadku
- Data urodzenia
- Imię i nazwisko
- Adres do korespondencji

Czynność 3: Poszkodowany pracownik zgłasza się w aptece z:
- Wypełnionym formularzem „Identyfikator tymczasowych usług realizacji recept w ramach odszkodowania pracowniczego”
- Receptami do realizacji

Czynność 4: W ciągu 10 dni od potwierdzenia wypadku przez New York State Insurance Fund (Fundusz ubezpieczeniowy Stanu Nowy Jork), poszkodowany pracownik otrzyma przesyłkę od CVS Caremark. Przesyłka zawierać będzie wydaną na stałe kartę identyfikacyjną, z której należy skorzystać przy realizacji recept w związku obrażeniami doznanymi w miejscu pracy.

Uwaga: Informacje o aptekach należących do sieci znaleźć można na stronie: http://www.wcrxpharmacylocator.com lub telefonując na czynną przez 24 godziny na dobę infolinię CVS Caremark pod numerem telefonu: (866) 493-1640.

W przypadku jakichkolwiek pytań należy skontaktować się z NYSIF, Pańskim ubezpieczycielem od odszkodowań pracowniczych, pod numerem telefonu: (888) 875-5790.

NYSIF New York State Insurance Fund

CVS CAREMARK

Workers' Compensation Temporary Prescription Services ID
Important Information

ATTENTION **INJURED WORKER**

This Workers' Compensation Temporary Prescription Services ID form MUST BE PRESENTED to your pharmacist when you fill your initial prescription(s). If you have questions or need to locate a participating pharmacy, please contact CVS Caremark Customer Service at 1-866-493-1640.

UWAGA: POSZKODOWANI PRACOWNICY

Niniejszy formularz „Identyfikator tymczasowych usług realizacji recept w ramach odszkodowania pracowniczego" MUSI ZOSTAĆ OKAZANY w aptece podczas realizacji pierwszych recept. W razie jakichkolwiek pytań lub w celu zlokalizowania aptek należących do sieci należy skontaktować się Działem Obsługi Klienta CVS Caremark pod numerem telefonu 1-866-493-1640.

Pharmacist/Employer – When form is completed, fax to CVS Caremark: **1-866-493-1644**

Claimant information will be added by CVS Caremark to allow medications to process. This information can also be phoned in at 1-866-493-1640

New York State Insurance Fund	**Group#: NYSIF**
Attention: All items below must be completed.	
EMPLOYER'S NAME: _____	INJURED WORKER'S NAME: _____ FIRST MI LAST:
EMPLOYER's WORKERS' COMPENSATION POLICY NUMBER: _____	INJURED WORKER'S MAILING ADDRESS: _____ STREET:
DATE OF INJURY: __ __ / __ __ / __ __ __ __ MM / DD / CCYY	_____ CITY, STATE ZIP
INJURED WORKER'S DATE OF BIRTH: __ __ / __ __ / __ __ __ __	*Help Desk: This is a POS Program through CVS Caremark only. For Assistance call the CVS Caremark Help Desk at: 866.493.1640*
ID#: _____ Injured Worker's Social Security Number	

Attention Pharmacist:

New York State Insurance Fund's prescription program is administered by CVS Caremark. The following are the steps necessary to submit a prescription for New York State Insurance Fund claimants.

Please follow the action steps listed below to enter the claim.

Step 1	Enter Bin Number 610235
Step 2	Enter PCN: WRK
Step 3	ID: Injured Worker' Social Security Number

NEED ASSISTANCE? **Pharmacist**, if you have any questions while processing the claim, please call the CVS Caremark Help Desk at **1-866-493-1640.**

Uzyskaj płatność zasiłku z tytułu odszkodowania pracowniczego bezpośrednim przelewem bankowym!

Przelew bankowy

New York State Insurance Fund

nysif.com

NYSIF oferuje opcję depozytów bezpośrednich dla petentów w celu otrzymania zasiłków z tytułu odszkodowań pracowniczych. Przy współpracy z naszymi instytucjami finansowymi NYSIF może dokonać przelewu zasiłków bezpośrednio na konto bankowe.

WYMAGANIA DOTYCZĄCE RODZAJU KONTA

Należy wybrać wyłącznie jedno konto: rachunek bieżący lub oszczędnościowy. Wypełnić wszystkie informacje na formularzu przelewu bankowego, włączając nr rozpoznawczy banku oraz numer rachunku (patrz ilustracja). W przypadku konieczności uzyskania pomocy należy skontaktować się z bankiem.



ANULOWANIE

Niniejsza umowa pozostaje ważna do czasu jej anulowania. Aby anulować umowę, należy przejść na stronę nysif.com, zarejestrować się jako świadczeniobiorca i wybrać opcję „unsubscribe from direct deposit” (rezygnacja z przelewu bankowego). Ponadto istnieje możliwość anulowania umowy poprzez kontakt z menedżerem sprawy NYSIF, korzystając z szybkich łączy „Find My Case Manager” (znajdź menedżera mojej sprawy) na stronie nysif.com. Umowa może zostać również anulowana przez NYSIF lub przez instytucję finansową. W każdym przypadku, kolejne czeki zostaną przesłane pocztą. Przetworzenie żądania anulowania może potrwać do trzech tygodni.

ZMIANY DOTYCZĄCE RACHUNKU BANKOWEGO

W przypadku jakichkolwiek zmian informacji dotyczących rachunku bankowego (zmiana numeru konta, instytucji finansowej itp.) należy powiadomić NYSIF. Można powiadomić NYSIF przez wysłanie nowego wniosku o przelew bankowy, dostępnego na stronie nysif.com.

W przypadku zmiany konta lub instytucji finansowej należy zachować poprzednie konto do czasu otrzymania kolejnej płatności przelewem na nowy rachunek bankowy. Jeśli poprzednie konto nie zostanie zachowane, może wystąpić opóźnienie w realizacji płatności do czasu autoryzacji nowego bezpośredniego przelewu bankowego.

OKRESOWA WERYFIKACJA

NYSIF może okresowo kontaktować się z Państwem w celu sprawdzenia informacji dotyczących rachunku do bezpośredniego przelewu bankowego. Jeśli odbiorca pieniędzy nie żyje, należy niezwłocznie powiadomić NYSIF.

NEW YORK STATE INSURANCE FUND **WNIOSEK AUTORYZACJI PRZELEWU BANKOWEGO**

ABY OTRZYMAĆ ZASIŁKI W FORMIE PRZELEWU BANKOWEGO, NALEŻY WYPEŁNIĆ TEN FORMULARZ W CAŁOŚCI I ZWRÓCIĆ GO NA ADRES WSKAZANY PONIŻEJ. W CELU UZYSKANIA DODATKOWYCH INFORMACJI NA TEMAT PRAW W ODNIESIENIU DO BEZPOŚREDNIEGO PRZELEWU BANKOWEGO NALEŻY PRZEJŚĆ NA STRONĘ NYSIF.COM/DIRECTDEPOSIT.

IMIĘ I NAZWISKO (IMIĘ, DRUGIE IMIĘ, NAZWISKO)**:** **NR ROSZCZENIA NYSIF O ZASIŁKI Z TYTUŁU ODSZKODOWAŃ PRACOWNICZYCH:**

ADRES ZAMIESZKANIA(NIE UŻYWAĆ SKRZYNKI POCZTOWEJ): _____

MIASTO: _____ **STAN:** _____ **KOD POCZTOWY:** _____

ADRES E-MAIL: _____

NR TEL.: _____

RODZAJ KONTA DO BEZPOŚREDNIEGO PRZELEWU BANKOWEGO (WYBRAĆ TYLKO JEDEN)**:**
☐ **RACHUNEK BIEŻĄCY** ☐ **RACHUNEK OSZCZĘDNOŚCIOWY**

(WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE INFORMACJE, WŁĄCZAJĄC NR KONTA I NUMER ROZPOZNAWCZY BANKU. W PRZYPADKU KONIECZNOŚCI UZYSKANIA POMOCY W WYPEŁNIENIU TEJ CZĘŚCI, NALEŻY SKONTAKTOWAĆ SIĘ Z INSTYTUCJĄ FINANSOWĄ).

NAZWA INSTYTUCJI FINANSOWEJ: _____

NR ROZPOZNAWCZY BANKU _____ **NR KONTA** _____

CERTYFIKAT I UPOWAŻNIENIE DEPONENTA/ODBIORCY PŁATNOŚCI

PODPISUJĄC TEN FORMULARZ, UPOWAŻNIAM FUNDUSZ UBEZPIECZENIOWY STANU NOWY JORK DO WYSYŁANIA PŁATNOŚCI DO INSTYTUCJI FINANSOWEJ WYMIENIONEJ POWYŻEJ, DEPONOWANIA ICH NA WYZNACZONYM KONCIE. POTWIERDZAM, ŻE JESTEM UPOWAŻNIONY(-A) DO OTRZYMYWANIA PONIŻSZEJ PŁATNOŚCI Z TYTUŁU ODSZKODOWANIA LUB WPŁATY PIENIĘŻNEJ Z TYTUŁU POROZUMIENIA ORAZ ŻE OKOLICZNOŚCI UPOWAŻNIAJĄCE MNIE DO OTRZYMYWANIA ZASIŁKU NYSIF NIE ULEGŁY ZMIANIE.
W PRZYPADKU ZMIANY OKOLICZNOŚCI, KTÓRE MOGŁYBY WPŁYNĄĆ NA UPRAWNIENIE DO OTRZYMYWANIA PŁATNOŚCI, MUSZĘ POWIADOMIĆ NYSIF. ROZUMIEM, ŻE ABY UBIEGAĆ SIĘ O BEZPOŚREDNI PRZELEW BANKOWY MUSZĘ PODAĆ ADRES E-MAIL. SKŁADAJĄC NINIEJSZY WNIOSEK, WYRAŻAM ZGODĘ NA OTRZYMYWANIE POWIADOMIEŃ DROGĄ ELEKTRONICZNĄ NA PODANY ADRES E-MAIL.

PODPIS: _____ **DATA:** _____

WYSŁAĆ WYPEŁNIONY WNIOSEK POCZTĄ NA ADRES:
DOCUMENT CONTROL CENTER
NEW YORK STATE INSURANCE FUND
1 WATERVLIET AVENUE EXT.
ALBANY, NY 12206-1649