

## KRÓTKI PRZEWODNIK DLA POSZKODOWANYCH PRACOWNIKÓW

# Odniosłeś obrażenia na skutek wypadku w pracy. Co dalej?

Jeżeli pracownik odniósł obrażenia w miejscu pracy lub zachorował, może być uprawniony do otrzymania świadczeń z funduszu odszkodowań pracowniczych. Być może pracownik już się z tego powodu leczył. Jeżeli nie, powinien jak najszybciej zasięgnąć pomocy lekarskiej.

Aby uzyskać pomoc przy wniesieniu roszczenia, prosimy o kontakt z **Komisją ds. Odszkodowań Pracowniczych (Workers' Compensation Board, WCB)**, dzwoniąc pod numer **(877) 632-4996**.

## OBOWIĄZKI POSZKODOWANEGO PRACOWNIKA

- Powiadomić pracodawcę na piśmie o tym kiedy, gdzie i w jakich okolicznościach doszło do powstania obrażeń lub choroby. Należy to zrobić jak najszybciej, w terminie **30 dni** od daty powstania obrażeń lub zachorowania. Nie należy przekazywać tych informacji w formie SMS-a, e-maila ani innego dokumentu, który można zapisać lub wydrukować.
- Poinformować usługodawców opieki zdrowotnej o tym, że obrażenia lub choroba powstały w związku z wykonywaną pracą i podać dane ubezpieczyciela obsługującego fundusz odszkodowań pracowniczych pracodawcy. Jeżeli pracownik nie zna nazwy ubezpieczyciela pracodawcy, powinien poprosić o podanie tych danych pracodawcę lub niezwłocznie skontaktować się z Komisją. Usługodawca opieki zdrowotnej dostarczy raporty lekarskie poszkodowanego pracownika Komisji i pracodawcy lub jego ubezpieczycielowi. Aby pracownik mógł otrzymać należne świadczenia, Komisja musi otrzymać raport lekarski.
- Należy jak najszybciej złożyć w Komisji **Roszczenie pracownicze (Employee Claim, formularz C-3)** zgłaszając odniesione obrażenia lub chorobę. Pracownik musi powiadomić Komisję o odniesionych obrażeniach lub chorobie w terminie **dwóch lat**. W przypadku obrażeń dotyczących części ciała, która uległa poprzednio wypadkowi lub podobnego schorzenia doznanego w przeszłości, należy również złożyć wniosek o **Ograniczone ujawnienie danych medycznych (Limited Release of Health Information, formularz C-3.3)**. **Obywatelstwo i status imigracyjny nie mają wpływu na kwestię świadczeń z funduszu odszkodowań pracowniczych.**

### Jak należy wnieść roszczenie

Najszybszy sposób: wejść na stronę [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov) i wybrać opcję "File a Claim" (Wnieś roszczenie).

Pytania dotyczące wypełniania formularza C-3 lub wnioski o wydanie kopii formularza można kierować telefonicznie pod numer **(877) 632-4996**. Przedstawiciel Komisji udzieli pomocy poszkodowanemu.

## WYDATKI NA LECZENIE I DOJAZDY

**Leczenie obrażeń lub chorób związanych z wykonywaną pracą z funduszu odszkodowań pracowniczych jest bezpłatnym, przysługującym pracownikowi świadczeniem.** Ubezpieczyciel obsługujący fundusz ubezpieczeń pracowniczych pracodawcy bezpośrednio pokryje wszelkie rachunki za opiekę lekarską w odniesieniu do obrażeń lub choroby związanej z wykonywaną pracą. W przypadku zakwestionowania roszczenia przez ubezpieczyciela, usługodawcy opieki zdrowotnej otrzymają zapłatę jeżeli Komisja rozpatrzy spór na korzyść pracownika. Jeżeli jednak Komisja rozpatrzy spór na niekorzyść pracownika lub jeżeli nie wniesie on sprawy, poszkodowany będzie musiał sam zapłacić usługodawcy opieki zdrowotnej lub szpitalowi (lub przesłać rachunek/rachunki do własnego ubezpieczyciela zdrowotnego).

Fundusz odszkodowań pracowniczych pracodawcy pokryje niezbędne z medycznego punktu widzenia leki i wyposażenie przepisane przez usługodawcę opieki zdrowotnej. Poszkodowany może również otrzymać zwrot wydatków za kilometrówkę, transport publiczny lub inne niezbędne koszty dojazdów na leczenie. Udokumentowane wydatki (łącznie z posiadanymi pokwitowaniami) należy przekazać ubezpieczycielowi obsługującemu fundusz odszkodowań pracowniczych pracodawcy oraz Komisji na formularzu **Rejestru wydatków poszkodowanego na cele medyczne i dojazdy oraz wniosku o ich refundację (Claimant's Record of Medical and Travel Expenses and Request for Reimbursement, formularz C-257)**.

Generalnie można skorzystać z usług dowolnego, autoryzowanego przez Komisję usługodawcy opieki zdrowotnej. Autoryzowanego usługodawcę opieki zdrowotnej w okolicy można znaleźć korzystając z opcji wyszukiwania usługodawców "Health Care Provider Search" na stronie [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov). Można również skorzystać z usług klinik medycyny pracy. Jeżeli ubezpieczyciel obsługujący fundusz odszkodowań pracowniczych pracodawcy posiada preferowaną sieć świadczeniodawców (Preferred Provider Organization, PPO) na leczenie obrażeń w ramach funduszu odszkodowań pracowniczych, leczenie wstępne musi się odbyć w sieci PPO. Jeżeli ubezpieczyciel posiada również sieć preferowanych aptek lub laboratoriów diagnostycznych, poszkodowany musi skorzystać z ich usług. Ubezpieczyciel ma obowiązek poinformowania poszkodowanego pracownika o istnieniu tych sieci oraz o sposobie korzystania z nich. W nagłym wypadku można skorzystać z usług dowolnego świadczeniodawcy.

## KRÓTKI PRZEWODNIK DLA POSZKODOWANYCH PRACOWNIKÓW

### ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UTRATY ZAROBKÓW

Poszkodowanemu pracownikowi przysługuje prawo do otrzymania części utraconych zarobków, które zostaną niezwłocznie wypłacone jeżeli odniesione obrażenia lub choroba dotknęły pracownika w jeden lub kilka poniższych sposobów:

1. uniemożliwiają mu wykonywanie pracy przez okres powyżej siedmiu dni kalendarzowych;
2. spowodowały trwałe uszkodzenie części ciała; i/lub
3. spowodowały obniżenie kwoty zarobków ze względu na zalecone zmniejszenie liczby godzin pracy lub wykonywanie innego rodzaju pracy.

Po wyleczeniu obrażeń lub choroby, bądź w przypadku, gdy nie oczekuje się dalszej poprawy stanu zdrowia poszkodowanego (zwykle po upływie jednego roku od daty wypadku/choroby lub operacji, jeżeli operacja została przeprowadzona), pracownik może poprosić lekarza o stwierdzenie, czy wypadek/choroba spowodowała trwałe uszkodzenia ciała/stan chorobowy. Więcej informacji dotyczących tego świadczenia można uzyskać na stronie [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov), klikając sekcję "Workers" (Pracownicy), a następnie wybierając "Disability Classifications" (Klasyfikacje niezdolności do pracy).

Pracownik może zatrudnić adwokata lub licencjonowanego pełnomocnika do pomocy w składaniu roszczenia, ale nie jest to wymagane. Poszkodowany pracownik lub jego rodzina nie powinni bezpośrednio płacić adwokatowi ani licencjonowanemu pełnomocnikowi. Ich honoraria zostaną zatwierdzone przez Komisję i odjęte od przyznanej kwoty świadczeń z tytułu utraty zarobków.

W przypadku zakwestionowania roszczenia, poszkodowany może otrzymać zasiłek chorobowy w okresie rozpatrywania sprawy przez Komisję. Formularz *Powiadomienia i potwierdzenia roszczenia o wypłatę zasiłku chorobowego (Notice and Proof of Claim for Disability Benefits, formularz DB-450)* można uzyskać na stronie [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov); kontaktując się z komisją telefonicznie lub osobiście w biurze Komisji. Jeżeli roszczenie zostanie rozpatrzone na korzyść poszkodowanego, kwota świadczeń wypłaconych w formie zasiłku chorobowego zostanie odjęta od przyznanej kwoty świadczeń z tytułu utraty zarobków.

### CO DALEJ?

Ubezpieczyciel obsługujący fundusz ubezpieczeń pracowniczych skontaktuje się z poszkodowanym pracownikiem. W przypadku przyjęcia roszczenia, usługodawcy opieki zdrowotnej otrzymają zapłatę, a pracownik zacznie otrzymywać świadczenia z tytułu utraty zarobków. Komisja skontaktuje się z pracownikiem, jeżeli sprawa wymaga rozpatrzenia w formie przesłuchania. Aby ułatwić proces przesłuchania, można skorzystać z zasobów online:

- **eCase:** poszkodowany pracownik może załadować i przeglądać dokumentację sprawy online w systemie eCase Komisji, wykorzystywanym do rozpatrywania roszczeń poszkodowanych pracowników. Aby skorzystać z portalu eCase, należy zarejestrować się na stronie [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov).
- **Przesłuchania wirtualne:** poszkodowany pracownik ma opcję wzięcia udziału w przesłuchaniu wirtualnym, które nie wymaga przyjazdu do biura Komisji. Więcej informacji o przesłuchaniach wirtualnych i bezpłatnej aplikacji Komisji można uzyskać na stronie [wcb.ny.gov/virtual-hearings](http://wcb.ny.gov/virtual-hearings).

### DOSTĘPNA POMOC

Niekiedy poszkodowanemu pracownikowi potrzebna jest pomoc w zorganizowaniu powrotu do pracy. Pracodawca może zaoferować alternatywne lub lekkie obowiązki, które umożliwią pracownikowi podjęcie pracy w okresie rekonwalescencji. Odniesione obrażenia lub choroba mogą również stać się przyczyną problemów natury rodzinnej lub trudności finansowych. Komisja oferuje pomoc doradców ds. rehabilitacji zawodowej i pracowników socjalnych. Dodatkowe informacje dotyczące dostępnych usług i pomoc można uzyskać kontaktując się z Komisją telefonicznie.

Osoby zaniepokojone uzależnieniem od opioidowych leków przeciwbólowych prosimy o kontakt z infolinią NYS OASAS HOPELine pod numerem **877-8-HOPENY (877-846-7369)**.

#### Ważne dane kontaktowe

Workers' Compensation Board	(877) 632-4996	claims@wcb.ny.gov
		wcb.ny.gov

New York State Workers' Compensation Board  
PO BOX 5205  
Binghamton, NY 13902-5205



**Workers'  
Compensation  
Board**

Niniejszy formularz należy wypełnić składając wniosek o przyznanie świadczeń z funduszu odszkodowań pracowniczych z powodu obrażeń odniesionych podczas pracy lub chorób związanych z wykonywaną pracą. Wypełniać maszynowo lub wyraźnym, drukowanym pismem. Niniejszy formularz można również wypełnić elektronicznie na stronie [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov).

Nr sprawy WCB (jeżeli jest znany): \_\_\_\_\_

## A. DANE WNIOSKODAWCY (pracownika)

1. Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ 2. Data urodzenia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Imię Inicjał drugiego imienia Nazwisko

3. Adres do doręczeń: \_\_\_\_\_  
Ulica, nr mieszkania /skrytka pocztowa Miejscowość Stan Kod pocztowy

4. Nr ubezpieczenia socjalnego: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ 5. Numer telefonu: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 6. Płeć:  M  K  X

7. Czy podczas przesłuchania przez Komisję poszkodowanemu będzie potrzebny tłumacz?  Tak  Nie Jeżeli tak, jakiego języka? \_\_\_\_\_

## B. PRACODAWCA(-Y) POSZKODOWANEGO

1. Pracodawca w momencie odniesienia obrażeń: \_\_\_\_\_ 2. Numer telefonu: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

3. Adres miejsca pracy: \_\_\_\_\_  
Ulica, nr mieszkania Miejscowość Stan Kod pocztowy

4. Data zatrudnienia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 5. Imię i nazwisko przełożonego: \_\_\_\_\_

6. Podać nazwy/adresy wszelkich innych pracodawców aktualnych na dzień odniesienia obrażeń/schorzenia: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

7. Czy odniesione obrażenia/schorzenie było powodem nieobecności w pracy?  Tak  Nie

## C. PRACA W DNIU ODNIESIENYCH OBRAŹEN LUB WYSTĄPIENIA CHOROBY

1. Jakie było stanowisko lub zakres obowiązków poszkodowanego? \_\_\_\_\_

2. Jakie czynności poszkodowany wykonywał zwykle podczas pracy? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3. W jakim wymiarze godzin pracował poszkodowany? (zaznaczyć jeden)  pełny etat  pół etatu  sezonowo  ohotniczo  
 inny: \_\_\_\_\_

4. Jaka była kwota wynagrodzenia brutto (przed opodatkowaniem) za okres wynagrodzenia? \_\_\_\_\_

5. Jak często poszkodowany otrzymywał wynagrodzenie? \_\_\_\_\_

6. Czy oprócz pensji poszkodowany otrzymywał zakwaterowanie lub napiwki?  Tak  Nie Jeżeli „tak”, opisać: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## D. OBRAŻENIA LUB SCHORZENIA POSZKODOWANEGO

1. Data odniesienia obrażeń lub wystąpienia schorzenia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 2. Godzina odniesienia obrażeń: \_\_\_\_\_  AM  PM

3. Gdzie doszło do odniesienia obrażeń/schorzenia? (np. 1 Main Street, Pottersville, przy drzwiach wejściowych) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4. Czy było to miejsce, gdzie poszkodowany zwykle wykonuje swoją pracę?  Tak  Nie  
 Jeżeli „nie”, dlaczego poszkodowany znajdował się w tej lokalizacji? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

5. Co robił poszkodowany w momencie, kiedy doszło do obrażeń lub wystąpienia choroby? (np. rozładunek ciężarówki, pisanie raportu)  
 \_\_\_\_\_

6. Jak doszło do odniesienia obrażeń/schorzenia? (np. potknąłem się o rurę i upadłem na ziemię) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

7. Dokładnie wyjaśnić charakter obrażeń/schorzenia; wymienić dotknięte urazem części ciała (np. skręcona lewa kostka i rozcięte czoło):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### D. OBRAŻENIA LUB SCHORZENIA POSZKODOWANEGO cd.

8. Czy w powstaniu obrażeń/schorzenia brał udział jakiś przedmiot (np. wózek widłowy, młotek, kwas)?  Tak  Nie  
Jeżeli „tak”, co to było? \_\_\_\_\_
9. Czy do obrażeń doszło w wyniku użytkowania lub prowadzenia licencjonowanego pojazdu mechanicznego?  Tak  Nie  
Jeżeli „tak”,  pojazd poszkodowanego  pojazd pracodawcy  inny pojazd Nr tablicy rejestracyjnej (jeżeli jest znany): \_\_\_\_\_  
Jeżeli był to pojazd poszkodowanego, podać nazwę i adres ubezpieczyciela zapewniającego ubezpieczenie komunikacyjne: \_\_\_\_\_
10. Czy poszkodowany powiadomił swojego pracodawcę (lub przełożonego) o powstałych obrażeniach/schorzeniu?  Tak  Nie  
Jeżeli „tak”, powiadomiono: \_\_\_\_\_  ustnie  pisemnie data powiadomienia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
11. Czy ktokolwiek widział, jak doszło do urazu?  Tak  Nie  Nie wiem Jeżeli „tak”, podać imiona i nazwiska: \_\_\_\_\_

#### E. POWRÓT DO PRACY

1. Czy poszkodowany przerwał pracę z powodu odniesionych obrażeń/schorzenia?  Jeżeli „tak”, podać datę \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Jeżeli „nie”, przejść do części F.
2. Czy poszkodowany wrócił do pracy?  Tak  Nie  Jeżeli „tak”, podać datę \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  zwykły zakres obowiązków  
 ograniczony zakres obowiązków
3. W przypadku powrotu do pracy, dla kogo poszkodowany pracuje aktualnie?  ten sam pracodawca  nowy pracodawca  
 własna działalność gospodarcza
4. Jaka jest kwota wynagrodzenia (przed opodatkowaniem) za okres wynagrodzenia? \_\_\_\_\_  
Jak często poszkodowany otrzymuje wynagrodzenie? \_\_\_\_\_

#### F. LECZENIE TEGO URAZU LUB SCHORZENIA

1. Jaka była data rozpoczęcia leczenia? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Nie było (przejdź do pytania F-9)
2. Czy poszkodowany otrzymał pomoc lekarską na miejscu?  Tak  Nie
3. Gdzie poszkodowany po raz pierwszy otrzymał pomoc lekarską w odniesieniu do obrażeń/schorzenia?  nie otrzymano  
 oddział pogotowia  gabinet lekarski  klinika/szpital/Urgent Care  pobyt w szpitalu powyżej 24 godzin  
Nazwa i adres placówki udzielającej pierwszej pomocy: \_\_\_\_\_ Numer telefonu: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
4. Czy nadal trwa leczenie tych obrażeń/schorzenia?  Tak  Nie  
Podać nazwisko(-a) i adres(-y) lekarza(-y) leczących poszkodowanego z tytułu tych obrażeń/schorzenia: \_\_\_\_\_  
Numer telefonu: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
5. Czy poszkodowany miał w przeszłości podobny uraz tej samej części ciała lub podobne schorzenie?  Tak  Nie  
Jeżeli tak, czy poszkodowany był leczony przez lekarza?  Tak  Nie Jeżeli tak, podać nazwisko(-a) i adres(-y) lekarza(-y) leczących  
**poszkodowanego oraz WYPEŁNIĆ I ZŁOŻYĆ FORMULARZ C-3.3 WRAZ Z NINIEJSZYM FORMULARZEM:**
6. Czy poprzedni uraz/schorzenie było związane z wykonywaną pracą?  Tak  Nie  
Jeżeli tak, czy poszkodowany pracował dla tego samego pracodawcy, co obecnie?  Tak  Nie

Niniejszym wnoszę roszczenie o wypłatę świadczeń w myśl przepisów Ustawy o odszkodowaniach dla pracowników. Potwierdzam własnoręcznie złożonym podpisem, iż stosownie do posiadanej przeze mnie wiedzy, podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą i dokładne.

Każda osoba, która świadomie i z ZAMIAREM OSZUSTWA przedkłada, powoduje złożenie lub przygotowuje się ze świadomością lub przekonaniem, że zostaną przedłożona ubezpieczycielowi lub auto-ubezpieczycielowi jakiegokolwiek dane zawierające FAŁSZYWE OŚWIADCZENIA lub ukrywające jakiegokolwiek materialne fakty w sprawie, BĘDZIE WINNA POPEŁNIENIA PRZESTĘPSTWA I ZOSTANIE UKARANA WYSOKIMI GRZYWNAMI ORAZ KARĄ POZBAWIENIA WOLNOŚCI.

Podpis pracownika: \_\_\_\_\_ Imię i nazwisko drukiem: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

W imieniu pracownika: \_\_\_\_\_ Imię i nazwisko drukiem: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Osoba fizyczna może podpisać w imieniu pracownika tylko wtedy, gdy jest do tego prawnie upoważniona, a pracownik jest nieletni, niepocztylny lub ubezwłasnowolniony.*

Oświadczam, że stosownie do posiadanej przeze mnie wiedzy, informacji i przekonań powyższych po rozpoznaniu sprawy w zakresie uzasadnionym istniejącymi okolicznościami, zarzuty oraz pozostałe fakty wskazane powyżej są poparte dowodami lub zostaną udokumentowane po bardziej dogłębnym rozpoznaniu sprawy lub przedłożeniu materiałów dowodowych.

Podpis adwokata/pełnomocnika (jeżeli dotyczy): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Imię i nazwisko drukiem: \_\_\_\_\_ Stanowisko: \_\_\_\_\_

Nr identyfikacyjny, jeżeli dotyczy: R \_\_\_\_\_ Nr licencji w przypadku licencjonowanego pełnomocnika: \_\_\_\_\_ Data ważności: \_\_\_\_\_

## Instrukcje wypełniania Wniosku pracowniczego (Formularza C-3)

Prosimy wypełnić niniejszy formularz i wysłać go do Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych na adres podany na końcu niniejszych instrukcji. Jeżeli potrzebna jest pomoc przy wypełnianiu wniosku, należy skontaktować się z Komisją ds. Odszkodowań Pracowniczych dzwoniąc pod numer **1-877-632-4996**. **Niniejszy formularz można wypełnić elektronicznie na stronie [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov)**. Jeżeli numer sprawy WCB nie jest znany, należy to pole zostawić bez wpisu. Nie jest on wymagany do rozpatrzenia roszczenia. Prosimy pamiętać, aby wpisać swoje imię i nazwisko wraz z datą odniesienia obrażeń/schorzenia u góry na stronie drugiej.

### Część A - dane poszkodowanego (pracownika)

W części A należy wpisać swoje imię i nazwisko, adres i pozostałe wymagane informacje.

**Uwaga dotycząca pt. 7** Przesłuchania Komisji prowadzone są w jęz. angielskim. Osoby, którym potrzebna jest pomoc tłumacza, powinny zaznaczyć „Tak” oraz podać żądany język.

#### **Powiadomienie stosownie do Nowojorskiej ustawy o ochronie prywatności danych osobowych (Art. 6-A Ustawy o Funkcjonariuszach Publicznych) i Federalnej Ustawy o Ochronie Prywatności z 1974 r. (5 USC § 552a).**

Komisja ds. Odszkodowań Pracowniczych (Komisja) ma prawo do uzyskania danych osobowych wnioskodawcy, w tym jego numeru ubezpieczenia socjalnego, na podstawie uprawnień komisji wynikających z Prawa o odszkodowaniach pracowniczych (Workers' Compensation Law, WCL) § 20 oraz uprawnień administracyjnych wynikających z WCL § 142. Informacje te są gromadzone w celu umożliwienia Komisji jak najszybszego przeprowadzenia dochodzenia i jego administrację oraz prowadzenia dokładnej dokumentacji roszczeń. Podanie Komisji numeru ubezpieczenia socjalnego jest dobrowolne. Nie ma kary za niepodanie numeru ubezpieczenia socjalnego w tym formularzu; nie spowoduje to odmowy roszczenia ani zmniejszenia świadczeń. Komisja będzie chronić poufność wszystkich posiadanych danych osobowych, ujawniając je wyłącznie w celu wypełniania obowiązków służbowych i zgodnie z obowiązującym prawem stanowym i federalnym.

### Część B - Pracodawca(-y) poszkodowanego

W części B należy wpisać nazwę, adres, numer telefonu oraz dodatkowe dane pracodawcy, dla którego poszkodowany pracował w momencie odniesienia obrażeń/wystąpienia schorzenia.

**Uwaga!** Pracodawca to firma lub agencja, która wypłaca poszkodowanemu wynagrodzenie. W odniesieniu do podwykonawców pracujących na budowie lub w biurze, pracodawcą jest agencja pośrednictwa pracy lub dostawca, a nie budowa czy biuro będące miejscem pracy.

### Część C - Praca w dniu odniesienia obrażeń lub wystąpienia choroby:

W części C należy wpisać zajmowane stanowisko, zakres wykonywanych obowiązków i dane dotyczące płatności wynagrodzenia.

### Część D - obrażenia lub schorzenia poszkodowanego:

**W części D należy wpisać informacje dotyczące odniesionych obrażeń lub schorzenia.**

**Poz. 1** Wpisać datę odniesienia obrażeń lub datę wystąpienia objawów chorobowych.

W przypadku schorzenia lub choroby zawodowej, poz. 2 należy pominąć. Datę odniesienia obrażeń należy wpisać w formacie miesiąc/dzień/rok. Rok powinien mieć format czterocyfrowy, np. 2015.

**Poz. 2** Wpisać godzinę odniesienia obrażeń. Zaznaczyć, czy miało to miejsce rano czy po południu.

**Poz. 3** Podać lokalizację miejsca, gdzie doszło do powstania obrażeń/schorzenia, w tym adres budynku i fizyczną lokalizację wewnątrz budynku, w której doszło do powstania obrażeń/schorzenia.

**Poz. 4** Zaznaczyć, czy było to zwykłe miejsce pracy poszkodowanego. Jeżeli nie, podać powód pobytu w tej lokalizacji.

**Poz. 5** Szczegółowo opisać czynności wykonywane w momencie, w którym doszło do obrażeń/schorzenia (np. ręczny rozładunek pudeł z ciężarówki).

Ma to na celu ustalenie przebiegu wydarzeń bezpośrednio poprzedzających powstanie obrażeń.

**Poz. 6** Szczegółowo opisać, w jaki sposób doszło do powstania obrażeń/schorzenia (np. znosiłem ciężkie pudło z ciężarówki). Opis powinien uwzględniać wszystkie osoby i wydarzenia związane z powstaniem obrażeń/schorzenia.

**Poz. 7** Podać pełny zakres i charakter obrażeń, w tym wszystkie dotknięte urazem części ciała. Opis powinien być jak najbardziej szczegółowy (np. nadwyryłem plecy próbując podnieść ciężkie pudło. Odczuwam teraz ból przy zginaniu się w pasie i trzymaniu nawet lekkich rzeczy).

**Poz. 8** Podać, czy wypadek uwzględniał jakikolwiek przedmiot **poza** licencjonowanym pojazdem mechanicznym. Inne przedmioty to m.in. narzędzia (np. młotek), substancje chemiczne (np. kwas), urządzenia (np. wózek widłowy lub wiertarka pionowa) itp.

**Poz. 9** Podać, czy w wypadku brał udział licencjonowany pojazd mechaniczny. Jeżeli tak, podać czy pojazd mechaniczny jest własnością poszkodowanego, pracodawcy poszkodowanego czy osoby trzeciej. Dołączyć numer tablicy rejestracyjnej (jeżeli jest znany). Jeżeli był to pojazd poszkodowanego, podać nazwę i adres ubezpieczyciela zapewniającego ubezpieczenie komunikacyjne OC:

**Poz. 10** Zaznaczyć, jeżeli poszkodowany powiadomił swojego pracodawcę lub przełożonego o powstałych obrażeniach/schorzeniu. Jeżeli tak, podać kogo powiadomiono i czy powiadomienie było ustne czy pisemne. Podać datę powiadomienia.

**Poz. 11** Podać, czy ktokolwiek widział, w jaki sposób doszło do powstania obrażeń. Jeżeli byli świadkowie zdarzenia, podać imię i nazwisko tej osoby/osób.

### Część E - Powrót do pracy:

**Poz. 1** Jeżeli poszkodowany przestał pracować w wyniku powstałych w związku z wykonywaną pracą urazów/schorzenia, zaznaczyć „Tak” oraz podać datę przerwania pracy. Jeżeli poszkodowany nie przestał pracować, zaznaczyć „Nie” i przejść do następnej części.

**Poz. 2** Zaznaczyć „Tak”, jeżeli poszkodowany powrócił do pracy. Podać również datę ponownego podjęcia pracy oraz to, czy poszkodowany powrócił do wykonywania swoich zwykłych obowiązków służbowych, czy też w zmodyfikowanym lub ograniczonym zakresie. (Jeżeli od powrotu do pracy poszkodowany nie wykonuje pełnego zakresu obowiązków przydzielonych przed wystąpieniem obrażeń lub schorzenia, oznacza to zmodyfikowany zakres obowiązków).

**Poz. 3** W przypadku powrotu do pracy, podać dla kogo poszkodowany pracuje aktualnie.

**Poz. 4** Wpisać otrzymywaną za aktualnie wykonywaną pracę kwotę wynagrodzenia brutto (przed opodatkowaniem) za okres wynagrodzenia. Podać częstotliwość otrzymywania wypłaty (co tydzień, co dwa tygodnie itp.)

## **Część F - Leczenie tego urazu lub schorzenia:**

**Poz. 1** Jeżeli poszkodowany nie korzystał z pomocy lekarskiej w odniesieniu do tych obrażeń lub schorzenia, zaznaczyć „Nie otrzymano” i przejść do poz. 5. W przeciwnym wypadku wpisać datę pierwszej wizyty lekarskiej w odniesieniu do tych obrażeń lub schorzenia i wypełnić pozostałą część tego punktu.

**Poz. 2** Zaznaczyć, czy pomoc lekarska w odniesieniu do tych obrażeń lub schorzenia została udzielona poszkodowanemu w pracy.

**Poz. 3** Zaznaczyć lokalizację, w której poszkodowany po raz pierwszy korzystał z pomocy lekarskiej w odniesieniu do obrażeń/schorzenia. Podać nazwę, adres oraz numer telefonu placówki (łącznie z numerem kierunkowym).

**Poz. 4** Jeżeli poszkodowany nadal leczy się z odniesionych do obrażeń/schorzenia, zaznaczyć „Tak” i podać nazwisko(-a) i adres(-y) lekarza(-y) leczących poszkodowanego oraz numer telefonu (łącznie z numerem kierunkowym), w przeciwnym razie zaznaczyć „Nie”.

**Poz. 5** Jeżeli poszkodowany miał w przeszłości podobny uraz tej samej części ciała lub podobne schorzenie, zaznaczyć „Tak” i podać, czy poszkodowany korzystał z pomocy lekarskiej w odniesieniu do tych obrażeń/schorzenia. Jeżeli poszkodowany korzystał z pomocy lekarskiej, podać nazwisko(-a) i adres(-y) lekarza(-y) leczących poszkodowanego oraz **wypełnić i złożyć formularz C-3.3 wraz z niniejszym formularzem.**

**Poz. 6** Jeżeli poszkodowany miał w przeszłości podobny uraz tej samej części ciała lub podobne schorzenie, zaznaczyć, czy powstały one w związku z wykonywaną pracą. Jeżeli „Tak”, podać, czy do obrażeń bądź schorzenia doszło podczas pracy u aktualnego pracodawcy.

Podpisać Formularz C-3 w miejscu przewidzianym na podpis pracownika na stronie 2, wpisać drukowanymi literami swoje imię i nazwisko oraz datę złożenia podpisu na formularzu. Jeżeli w imieniu pracownika formularz podpisuje osoba trzecia, powinna ona złożyć podpis na drugiej linii podpisu. Jeżeli poszkodowany ma pełnomocnika prawnego, pełnomocnik powinien wypełnić i podpisać część przeznaczoną dla adwokata/pełnomocnika u dołu strony 2.

## **Co powinien zrobić każdy pracownik w razie wypadku podczas pracy lub choroby zawodowej:**

1. Niezwłocznie powiadomić pracodawcę o tym kiedy, gdzie i w jakich okolicznościach doszło do powstania obrażeń.
2. Niezwłocznie zasięgnąć pomocy lekarskiej.
3. Poprosić usługodawcę opieki zdrowotnej o dostarczenie raportów lekarskich Komisji i pracodawcy lub jego ubezpieczycielowi.
4. Wypełnić wniosek roszczenia o wypłatę świadczeń odszkodowawczych i wysłać go do najbliższego biura Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych. (zob. poniżej) Niezastosowanie się do tego wymogu w terminie dwóch lat od daty odniesienia obrażeń może spowodować odmowę przyjęcia roszczenia. Osoby potrzebujące pomocy w wypełnieniu tego formularza prosimy o kontakt telefoniczny lub osobisty z najbliższym biurem Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych, którego dane podano poniżej.
5. Po otrzymaniu stosownego powiadomienia stawiać się na wszelkie wyznaczone przesłuchania.
6. Wrócić do pracy tak szybko, jak jest to możliwe; świadczenia odszkodowawcze są zawsze niższe od otrzymywanego wynagrodzenia.

## **Prawa poszkodowanego pracownika:**

1. Generalnie można skorzystać z usług dowolnego, autoryzowanego przez Komisję usługodawcy opieki zdrowotnej. Jeżeli pracodawca posiada preferowaną sieć świadczeniodawców (Preferred Provider Organization, PPO) na leczenie obrażeń w ramach funduszu odszkodowań pracowniczych, leczenie wstępne musi się odbyć u preferowanego usługodawcy, wyznaczonego do świadczenia usług opieki zdrowotnej poszkodowanym pracownikom w ramach funduszu odszkodowań pracowniczych
2. NIE NALEŻY bezpośrednio płacić lekarzowi ani szpitalowi. Wystawione przez nich rachunki zostaną opłacone przez ubezpieczyciela, pod warunkiem, iż roszczenie poszkodowanego nie zostanie zakwestionowane. W przypadku zakwestionowania roszczenia, lekarz lub szpital będą musieli poczekać z otrzymaniem płatności do czasu podjęcia przez Komisję decyzji w sprawie poszkodowanego. W przypadku odstąpienia od roszczenia przez poszkodowanego lub oddalenia roszczenia przez Komisję, poszkodowany będzie musiał samodzielnie opłacić koszty usług lekarskich lub szpitalnych.
3. Poszkodowany jest również uprawniony do otrzymania zwrotu kosztów leków, kul ortopedycznych oraz wszelkiego rodzaju wyposażenia przepisane przez lekarza, jak również kosztów przejazdów i innych wydatków na dojazd do gabinetu lekarskiego lub do szpitala. (Zachować pokwitowania takich wydatków).
4. Poszkodowany jest uprawniony do otrzymania świadczeń odszkodowawczych, jeżeli odniesione obrażenia spowodowały niezdolność do pracy przez okres ponad 7 dni, konieczność podjęcia mniej płatnej pracy lub trwale kalectwo dowolnej części ciała.
5. Świadczenia odszkodowawcze wypłacane są bezpośrednio, bez konieczności oczekiwania na ich oficjalne przyznanie, z wyjątkiem roszczeń, które zostały zakwestionowane.
6. Poszkodowani pracownicy lub osoby będące na utrzymaniu zmarłych pracowników mogą występować we własnym imieniu w sprawach rozpatrywanych przez Komisję, mogą też skorzystać z usług adwokata lub licencjonowanego pełnomocnika. W przypadku korzystania z usług adwokata lub licencjonowanego pełnomocnika, honoraria za usługi prawne będą weryfikowane przez Komisję, a jeżeli zostaną zatwierdzone, będą opłacone przez pracodawcę lub firmę ubezpieczeniową z kwoty przyznanych świadczeń. Poszkodowani pracownicy lub osoby będące na utrzymaniu zmarłych pracowników nie powinni płacić bezpośrednio adwokatowi ani licencjonowanemu pełnomocnikowi reprezentującemu ich w sprawie o przyznanie świadczeń odszkodowawczych.
7. Jeżeli poszkodowany potrzebuje pomocy w zorganizowaniu powrotu do pracy, w sprawach rodzinnych bądź kwestiach finansowych wynikłych na skutek odniesionych obrażeń, należy skontaktować się z najbliższym biurem Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych i poprosić o skierowanie do doradcy ds. rehabilitacji lub pracownika socjalnego.

**Niniejszy formularz należy złożyć wysyłając go bezpośrednio na poniższy adres:**

**New York State Workers' Compensation Board**

**Centralized Mailing Address**

**PO Box 5205**

**Binghamton, NY 13902-5205**

**Bezpłatny Numer Biura Obsługi Klienta: 877-632-4996**

Nr sprawy WCB (jeżeli jest znany): \_\_\_\_\_

**Do poszkodowanego:** Niniejszy formularz należy wypełnić, jeżeli poszkodowany w przeszłości leczył się z powodu urazu tej samej części ciała lub schorzenia podobnego do schorzenia stanowiącego podstawę aktualnego roszczenia. Formularz ten umożliwi wymienionym poniżej usługodawcom opieki zdrowotnej ujawnienie informacji dotyczących poprzedniego urazu/schorzenia ubezpieczycielowi obsługującemu fundusz odszkodowań pracowniczych pracodawcy. Przepisy federalnej Ustawy o przenośności i ochronie danych w ubezpieczeniach zdrowotnych z 1996 r. HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) uprawniają poszkodowanego do otrzymania kopii tego formularza. W przypadku trudności ze zrozumieniem treści niniejszego formularza, należy skonsultować się ze swoim przedstawicielem prawnym. Osobom, które nie mają przedstawiciela prawnego, może pomóc Rzecznik Poszkodowanych Pracowników Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych. Kontakt telefoniczny: 800-580-6665

**Do usługodawcy opieki zdrowotnej:** Kopia tego zgodnego z przepisami HIPAA formularza uprawnia do ujawnienia informacji zdrowotnych. Wysyłając dokumentację medyczną ubezpieczycielowi obsługującemu fundusz odszkodowań pracowniczych w odpowiedzi na wniosek będący przedmiotem tego formularza, należy również wysłać kopie do przedstawiciela prawnego poszkodowanego. (Jeżeli poszkodowany nie jest reprezentowany, należy wysłać kopie poszkodowanemu). Usługodawcy opieki zdrowotnej, którzy udostępniają dokumentację medyczną, muszą przestrzegać przepisów prawa stanu Nowy Jork i HIPAA.

Niniejsze ujawnienie informacji jest:

- **dobrowolne.** Niezależnie od tego, czy poszkodowany podpisał ten formularz, usługodawca(-y) opieki zdrowotnej ma(ja) obowiązek zapewnienia mu takiego samego poziomu opieki, warunków płatności i świadczeń.
- **ograniczone.** Uprawnia usługodawcę(-ów) opieki zdrowotnej do ujawnienia wyłącznie dokumentacji medycznej dotyczącej opisanego poniżej poprzedniego urazu/schorzenia.
- **tymczasowe.** Wygasa wraz z przyjęciem lub oddaleniem roszczenia oraz wykorzystaniem wszystkich praw do złożenia odwołania.
- **odwoływalne.** Niniejsze upoważnienie można w każdej chwili wycofać. Aby wycofać niniejsze upoważnienie, należy wysłać pismo do usługodawców opieki zdrowotnej wymienionych na niniejszym formularzu. Należy również wysłać kopię tego pisma ubezpieczycielowi obsługującemu fundusz odszkodowań pracowniczych pracodawcy oraz Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych. Uwaga! Nie ma możliwości odwołania niniejszego upoważnienia w odniesieniu do ujawnionej już dokumentacji medycznej.
- **tylko do dokumentacji.** Niniejsze upoważnienie uprawnia usługodawcę(-ów) opieki zdrowotnej poszkodowanego do wysłania dokumentacji medycznej ubezpieczycielowi obsługującemu fundusz odszkodowań pracowniczych pracodawcy.

Formularz ten NIE zezwala usługodawcy(-om) opieki zdrowotnej na ujawnianie następujących rodzajów informacji:

- **informacji dotyczących HIV**
- **notatek z sesji psychoterapii**
- **leczenia z uzależnienia od alkoholu/narkotyków**
- **leczenia z zakresu zdrowia psychicznego** (chyba, że poszkodowany zaznaczy tę opcję poniżej)
- **informacje ustne** (usługodawcy opieki zdrowotnej nie mogą tych informacji z nikim omawiać)

Wszelka udostępniona dokumentacja zostanie włączona do akt sprawy funduszu odszkodowań pracowniczych i będzie traktowana poufnie, zgodnie z przepisami prawa o funduszu odszkodowań pracowniczych.

**A. DANE WNIOSKODAWCY (poszkodowanego)**

1. Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ 2. Nr ubezpieczenia socjalnego: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
3. Adres do doręczeń: \_\_\_\_\_
4. Data urodzenia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 5. Data wystąpienia aktualnego urazu/schorzenia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
6. Aktualny uraz/schorzenie, w tym objęte urazem części ciała: \_\_\_\_\_
7. Imię i nazwisko i adres przedstawiciela prawnego (jeżeli dotyczy): \_\_\_\_\_

**Zaznaczyć tutaj, aby umożliwić usługodawcy(-om) opieki zdrowotnej ujawnienie informacji dotyczących leczenia z zakresu zdrowia psychicznego.**

**B. USŁUGODAWCA(-Y) OPIEKI ZDROWOTNEJ** (wymienić wszystkich usługodawców opieki zdrowotnej leczących poszkodowanego z odniesionych poprzednio urazów dotyczących tej samej części ciała lub podobnego schorzenia. W przypadku większej niż 2 liczby usługodawców należy dołączyć ich dane kontaktowe do niniejszego formularza).

1. Usługodawca: \_\_\_\_\_ 2. Numer telefonu: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
3. Adres do doręczeń: \_\_\_\_\_
4. Inny usługodawca (jeżeli dotyczy): \_\_\_\_\_ 5. Numer telefonu: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
6. Adres do doręczeń: \_\_\_\_\_

**C. PO PRZECYTANIU PODPISAĆ PONIŻEJ.** Niniejszym proszę, aby wyżej wymieniony usługodawca(-y) przekazał ubezpieczycielowi mojego pracodawcy kopie całości dokumentacji medycznej dotyczącej wszelkich poprzednich urazów/schorzeń w odniesieniu do wszystkich ww. części ciała.

Podpis poszkodowanego (tylko atramentem - jeżeli możliwe, niebieskim) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**Jeżeli poszkodowany nie jest w stanie złożyć podpisu, osoba podpisująca w imieniu poszkodowanego powinna wypełnić i podpisać poniższą część.:**

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Stosunek do poszkodowanego \_\_\_\_\_ Podpis (tylko atramentem - jeżeli możliwe, niebieskim) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**Stan Nowy Jork**  
**KOMISJA DS. ODSZKODOWAŃ PRACOWNICZYCH**

**C-3.1**

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 o 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 przysyłać 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.





## FUNDUSZ UBEZPIECZENIA PAŃSTWA NOWY JORK ZARZĄDZANIE ŚWIADCZENIAMI FARMACJI

Fundusz Ubezpieczeń Stanu Nowy Jork (NYSIF) zapewnia pracodawcy ubezpieczenie od odszkodowań pracowniczych z tytułu obrażeń lub chorób związanych z pracą pracownika. Ten plan obejmuje sieć ponad 67 000 uczestniczących aptek jako łatwy i wygodny sposób wypełniania recept medycznych. Jeśli przepisano Ci lek na uraz lub chorobę związaną z pracą, należy go wypełnić w aptece w sieci aptek CareComp.

NYSIF zapewnia również usługę “skróconego wypełnienia”, która umożliwia uzyskanie świadczeń aptecznych, nawet przed przyjęciem wniosku. Chociaż nie jesteśmy zobowiązani do zapewnienia tej korzyści, chcemy pomóc Ci przejść przez pierwsze, trudne dni po urazach lub chorobach związanych z pracą, oferując ograniczoną liczbę świadczeń na receptę, które mogą być wypełnione w sieci aptek CareComp.

Skorzystaj z formularza na odwrocie tej strony – “Identyfikator tymczasowych świadczeń pracowniczych” - aby wypełnić recepty w dowolnej uczestniczącej aptece. Aby wypełnić formularz, prosimy o następujące:

- Krok 1:** Poproś pracodawcę o podanie **nazwy firmy i numeru polisy ubezpieczeniowej**
- Krok 2:** Wypełnij resztę formularza opisem swojego **roszczenia i informacjami kontaktowymi**.
- Krok 3:** Przynieś **wypełniony formularz i receptę** do apteki w sieci aptek CareComp.
- Krok 4:** W ciągu 10 dni od potwierdzonego wypadku otrzymasz pakiet z CVS Caremark. Pakiet ten będzie zawierał **stałą kartę identyfikacyjną**, która powinna być używana przy wypełnianiu recept na urazy lub choroby związane z pracą.

Listę lokalnych aptek można znaleźć na stronie [www.wcrxpharmacylocator.com](http://www.wcrxpharmacylocator.com) lub dzwoniąc na całodobową infolinię dla pacjentów pod numerem (866) 493-1640.

Jeśli masz pytania lub potrzebujesz pomocy, odwiedź stronę internetową [www.nysif.com/networkbenefits](http://www.nysif.com/networkbenefits) lub skontaktuj się z NYSIF pod numerem (888) 875-5790.



## Identyfikator tymczasowych usług na receptę dla pracowników Ważna informacja

### UWAGA DLA POSZKODOWANEGO PRACOWNIKA

Formularz identyfikacyjny tymczasowych usług na receptę dla pracowników MUSISZ BYĆ PRZEDSTAWIONY w aptece podczas wypełniania pierwszej recepty. Jeśli masz pytania lub potrzebujesz zlokalizować uczestniczącą aptekę, skontaktuj się z name CVS Caremark Customer Service pod numerem 1-866-493-1640.

**Farmaceuta / Pracodawca** - po wypełnieniu formularza wyślij fax do CVS Caremark: 1-866-493-1644

Informacje o wnioskodawcy zostaną dodane przez CVS Caremark, aby umożliwić wypełnianie recept na leki. Informacje te można również uzyskać, dzwoniąc pod numer 1-866-493-1640.

<b>Fundusz Ubezpieczeń Stanu Nowy Jork</b> <b>Uwaga:</b> Wszystkie poniższe elementy muszą zostać wypełnione.	<b>Numer grupy#: NYSIF</b>
DANE PRACODAWCY: _____  NUMER POLICY PRACODAWCY: _____  DATA WYPADKU: ____ / ____ / ____ (MM/DD/YYYY)  DATA URODZENIA POSZKODOWANEGO: ____ / ____ / ____ (MM/DD/YYYY)  NUMER SOCIAL SECURITY POSZKODOWANEGO: _____	DANE POSZKODOWANEGO PRACOWNIKA: _____  IMIE                      MI                      NAZWISKO  ADRES POSZKODOWANEGO PRACOWNIKA : _____  ULICA _____  MIASTO, STAN, KOD  <i>Help Desk: Jest to program POS zarządzany tylko przez CVS Caremark. Aby uzyskać pomoc, zadzwoń do CVS Caremark pod numerem 866.493.1640</i>

### Uwaga dla Farmaceutów:

Program recepty NYSIF jest administrowany przez CVS Caremark. Wykonaj czynności opisane poniżej, aby wprowadzić roszczenie. Te kroki są wymagane do złożenia recepty dla wnioskodawców NYSIF.

Krok 1	Wpisz Numer Bin 610235
Krok 2	Wpisz PCN: WRK
Krok 3	ID: Numer ubezpieczenia społecznego poszkodowanego pracownika

### POTRZEBUJESZ POMOCY?

Farmaceuto, jeśli masz pytania podczas przetwarzania roszczenia, zadzwoń do CVS Caremark Help Desk pod numer 1-866-493-1640.



Uzyskaj płatność zasiłku z tytułu  
odszkodowania pracowniczego  
bezpośrednim przelewem bankowym!

## Przelew bankowy

New York State Insurance Fund

nysif.com

### DEPOZYT BEZPOŚREDNI

NYSIF oferuje depozyt bezpośredni dla wnioskodawców, aby otrzymać świadczenia pracownicze. We współpracy z Twoją instytucją finansową, NYSIF może wpłacać świadczenia bezpośrednio na Twoje konto bankowe. Możesz nawet zdecydować się na rozdzielenie płatności między dwa konta bankowe (w procentach).

### WYMAGANIA DOTYCZĄCE RODZAJU KONTA

Musisz zdeponować swoją płatność na **koncie czekowym** lub **oszczędnościowym**. Uzupełnij wszystkie informacje na formularzu wpłaty bezpośredniej, w tym numer rozliczeniowy banku i numer konta (przykład podany na ilustracji). Skontaktuj się ze swoim bankiem, jeśli potrzebujesz pomocy.

YOUR NAME  
1234 Main Street  
Anywhere, OH 00000

DATE \_\_\_\_\_ 123

PAY TO THE ORDER OF \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DOLLARS

⑆044072324⑆ ⑆000123456789⑆ ⑆123⑆

ROUTING NUMBER ACCOUNT NUMBER CHECK NUMBER

Nr rozpoznawczy banku Nr konta

### ANULOWANIE

Niniejsza umowa obowiązuje do odwołania. Aby anulować umowę, odwiedź stronę nysif.com, zarejestruj się jako strona wnosząca roszczenie i wybierz opcję “zrezygnuj z wpłaty bezpośredniej”. Ponadto możesz anulować umowę, kontaktując się ze swoim opiekunem sprawy NYSIF pod adresem nysif.com, korzystając z naszych szybkich łączy do “Uzyskaj pomoc w zakresie roszczeń”. Niniejsza umowa może również zostać anulowana przez NYSIF lub Twoją instytucję finansową. W obu przypadkach kolejne czeki otrzymasz pocztą. Anulowanie 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.

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 SKRZYŃKI POCZTOWEJ): \_\_\_\_\_

MIASTO: \_\_\_\_\_ STAN: \_\_\_\_\_ KOD POCZTOWY: \_\_\_\_\_

ADRES E-MAIL: \_\_\_\_\_

NR TEL.: \_\_\_\_\_

Wniosek o upoważnienie do wpłaty bezpośredniej Wprowadź wszystkie informacje, w tym numer konta i numer rozliczeniowy banku. Skontaktuj się ze swoją instytucją finansową, jeśli potrzebujesz pomocy w wypełnieniu tej sekcji.  
**Opcjonalnie:** jeśli chcesz podzielić płatności między dwa konta bankowe, wypełnij oba zestawy pól dotyczących banku. Procent dystrybucji musi wynosić 100% (na przykład 75% na koncie nr 1 i 25% na koncie nr 2). Jeśli w dowolnym momencie Twoje konto bankowe stanie się niedostępne, kwota do zapłaty zostanie wysłana czekiem papierowym.

KONTO WPŁATY BEZPOŚREDNIEJ nr 1 (wybierz czekowe lub oszczędnościowe): [ ] Czekowe [ ] Oszczędnościowe

Dystrybucja \_\_\_\_\_ % czeku

NAZWA INSTYTUCJI FINANSOWEJ: \_\_\_\_\_

Routing #: \_\_\_\_\_ Numer Konta: \_\_\_\_\_

KONTO WPŁATY BEZPOŚREDNIEJ nr 2 (wybierz czekowe lub oszczędnościowe): [ ] Czekowe [ ] Oszczędnościowe

Dystrybucja \_\_\_\_\_ % czeku

NAZWA INSTYTUCJI FINANSOWEJ: \_\_\_\_\_

Routing #: \_\_\_\_\_ Numer Konta: \_\_\_\_\_

### CERTYFIKAT I UPOWAŻNIENIE DEPONENTA/ODBIORCY PŁATNOŚCI

Podpisując ten formularz, upoważniam NYSIF do skierowania płatności do instytucji finansowych wymienionych powyżej w celu zdeponowania na wskazanym rachunku (rachunkach). Oświadczam, że jestem uprawniony do otrzymania podstawowych wypłat rekompensat lub wpływów z rozliczenia, a okoliczności uprawniające mnie do świadczeń z NYSIF nie uległy zmianie. W przypadku zmiany okoliczności, które miałyby wpływ na prawo do otrzymania płatności, muszę powiadomić NYSIF. Rozumiem, że aby ubiegać się o wpłatę bezpośrednią, muszę podać adres e-mail. Przesyłając tę aplikację, wyrażam zgodę na otrzymywanie powiadomień drogą elektroniczną na podany adres e-mail.

PODPIS: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

WYŚLAĆ WYPEŁNIONY WNIOSEK POCZTĄ NA ADRES:

NYSIF  
PO BOX 66699  
Albany, NY  
12206