

Siete stati vittima di un infortunio sul lavoro. E adesso?

Se siete stati vittima di un infortunio o di una malattia sul posto di lavoro, potete risultare idonei alle indennità per infortunio sul lavoro. È possibile che abbiate già ricevuto assistenza sanitaria. In caso contrario, dovrete consultare immediatamente un medico.

Per ottenere assistenza in merito alla vostra richiesta, contattate il **Comitato infortuni sul lavoro (Workers' Compensation Board)** al numero **(877) 632-4996**.

Le vostre responsabilità

- Comunicate per iscritto al vostro datore di lavoro quando, dove e come si è verificato l'infortunio. Procedete quanto prima entro 30 giorni dall'infortunio.
- Informate i fornitori di assistenza sanitaria del fatto che avete subito un infortunio associato al lavoro e comunicate il nome del datore di lavoro. Non pagate direttamente le cure ricevute né ricorrete ad altra assicurazione sanitaria. Il fornitore di assistenza sanitaria inoltrerà eventuali referti medici al Comitato e al datore di lavoro o alla sua compagnia di assicurazione. Se il caso viene contestato, il Comitato ha bisogno di un referto medico sull'infortunio per procedere alla risoluzione della richiesta.
- Presentate una **Employee Claim** (Richiesta di indennizzo da parte del dipendente, modulo C-3I) denunciando l'infortunio al Comitato il prima possibile (il Comitato deve essere informato dell'infortunio o della malattia entro due anni). In caso di infortunio precedente che abbia interessato la stessa parte del corpo o di malattia analoga, presentate anche una **Limited Release of Health Information** (Richiesta di divulgazione parziale delle informazioni sanitarie, modulo C-3.3I).

Due modalità per presentare una richiesta

Visitare la pagina wcb.ny.gov e selezionare **File a Claim** (Presenta richiesta).

Compilare i moduli cartacei allegati e spedirli al Comitato.

In caso di domande sulla presentazione di una Richiesta di indennizzo da parte del dipendente (modulo C-3I), chiamate il numero **(877) 632-4996** per ottenere l'assistenza di un rappresentante del Comitato.

Spese di trasporto e sanitarie

Non pagate direttamente il fornitore di assistenza sanitaria o ospedale per le cure ricevute in relazione all'infortunio/alla malattia in questione. Tali spese vengono coperte dalla compagnia di assicurazione salvo qualora il Comitato decida di non accettare la richiesta perché considerata non valida. Se il caso viene contestato, i fornitori di assistenza sanitaria verranno pagati qualora il Comitato emetta una decisione a vostro favore. *Tuttavia, qualora il Comitato emetta una decisione a vostro sfavore o decidiate di non perseguire un'azione, dovrete pagare il fornitore di assistenza sanitaria o l'ospedale in questione (o rivolgervi alla vostra compagnia di assicurazione sanitaria).*

L'assicurazione per gli infortuni sul lavoro del vostro datore di lavoro copre i dispositivi e i farmaci necessari sotto il profilo medico prescritti dal fornitore di assistenza sanitaria. Potete inoltre ottenere un rimborso a livello di chilometraggio, trasporto pubblico e altre spese necessarie sostenute nei viaggi associati alle cure. Chiedete sempre le ricevute per tali spese e inoltratele alla vostra compagnia di assicurazione per infortuni sul lavoro tramite la **Claimant's Record of Medical and Travel Expenses and Request for Reimbursement** (Documentazione di spese di trasporto e sanitarie del richiedente e richiesta di rimborso, modulo C-257I).

PACCHETTO INFORMATIVO PER IL RICHIEDENTE

In genere, è possibile scegliere qualsiasi fornitore di assistenza sanitaria purché autorizzato dal Comitato. Potete cercare un fornitore di assistenza sanitaria autorizzato nella vostra area tramite la funzione **"Find a Doctor"** (Trova un medico) sul sito web del Comitato alla pagina wcb.ny.gov. Potete utilizzare anche cliniche di medicina del lavoro. Tuttavia, se la compagnia di assicurazione per infortuni sul lavoro del vostro datore di lavoro aderisce a un'organizzazione convenzionata di assistenza sanitaria (Preferred Provider Organization, PPO) operativa in caso di infortuni con indennizzo dei lavoratori, le prime cure devono essere prestate dalla rete PPO. Se la compagnia di assicurazione aderisce anche a una rete di farmacie e centri diagnostici, dovete ricevere eventuali servizi dai membri di tali reti. La compagnia di assicurazione è tenuta a informarvi in merito alla sua rete di fornitori obbligatoria e alla relativa modalità d'uso.

Sussidi per mancata retribuzione

Avete diritto a una parte della mancata retribuzione, la quale deve essere prontamente corrisposta, qualora l'infortunio comprometta il vostro lavoro in uno dei modi seguenti:

1. Assenza dal lavoro forzata superiore a sette giorni.
2. Disabilità permanente di una parte del corpo.
3. Retribuzione inferiore per orario di lavoro ridotto o mansioni diverse.

Potete scegliere, anche se non obbligatorio, di affidarvi a un avvocato o a un rappresentante autorizzato per ottenere assistenza in relazione alla richiesta. Spetta al Comitato stabilire il loro onorario, che verrà detratto dai sussidi assegnati per mancata retribuzione. I lavoratori e i loro familiari non devono versare alcun importo direttamente all'avvocato o al rappresentante autorizzato che agiscono per conto loro.

Se il caso viene contestato, potete ricevere eventuali sussidi per disabilità mentre il caso viene trattato. Per ottenere una **Notice and Proof of Claim for Disability Benefits** (Comunicazione e richiesta di indennità di invalidità, modulo DB-450I), visitare la pagina wcb.ny.gov; contattare il Comitato per ricevere assistenza; o recarsi presso un ufficio del Comitato. In caso di risoluzione del caso a vostro favore, i sussidi per disabilità verrebbero detratti dai sussidi assegnati per mancata retribuzione.

Assistenza disponibile

Talvolta è necessario ricevere assistenza per tornare al lavoro. Il datore di lavoro potrebbe assegnarvi mansioni alternative o meno pesanti per consentirvi di lavorare durante il periodo di guarigione. Gli infortuni possono inoltre comportare problemi familiari o finanziari. Il Comitato mette a vostra disposizione eventuali consulenti per la riabilitazione professionale e operatori dei servizi sociali per aiutarvi. Per maggiori informazioni sui servizi disponibili e per ottenere assistenza, contattate il Comitato.

In caso di dipendenza da antidolorifici oppioidi, contattate la NYS OASAS HOPELine al numero **877-8-HOPENY (877-846-7369)**.

Fasi successive

Il datore di lavoro o la sua compagnia di assicurazione per infortuni sul lavoro provvederà a contattarvi in caso di accettazione della richiesta. In tal caso, i vostri fornitori di assistenza sanitaria verranno pagati e l'erogazione dei sussidi per mancata retribuzione avrà regolarmente inizio. Se il caso viene contestato, il Comitato vi comunicherà la risoluzione del caso e potrebbe richiedere ulteriori informazioni, se necessario.

INFORMAZIONI DI CONTATTO IMPORTANTI

Comitato infortuni sul lavoro,
inclusi Sussidi per disabilità

(877) 632-4996

general_information@wcb.ny.gov

wcb.ny.gov



L'applicazione eCase del Comitato vi consente di visualizzare online il contenuto della cartella relativa al vostro caso. Per informazioni generali o per registrarsi a eCase, visitare il sito web del Comitato alla pagina wcb.ny.gov.



**Workers'
Compensation
Board**



Compilare il presente modulo per richiedere l'indennità lavorativa a seguito di infortunio sul lavoro o malattia correlata alla professione.
Scrivere o stampare chiaramente. Questo modulo può anche essere compilato online all'indirizzo www.wcb.ny.gov.

Numero pratica WCB (se noto): _____

A. INFORMAZIONI PERSONALI (Dipendente)

1. Nome: _____ 2. Data di Nascita: _____ / _____ / _____
Nome di battesimo Iniziali secondo nome Cognome
3. Indirizzo postale: _____
Numero civico e via / Casella postale Città Stato CAP
4. Numero di previdenza sociale: _____ 5. Numero di telefono: (____) _____ 6. Sesso: ☐ Maschio ☐ Femmina
7. In caso di partecipazione ad una seduta della Workers' Compensation Board pensa di aver bisogno di un interprete? ☐ Sì ☐ No
Se sì, per quale lingua? _____

B. INFORMAZIONI SUL DATORE DI LAVORO

1. Datore di lavoro al momento dell'infortunio: _____ 2. Numero di telefono: (____) _____
3. Indirizzo lavorativo: _____
Numero civico e via Città Stato CAP
4. Data di assunzione: _____ / _____ / _____ 5. Nome del supervisore: _____
6. Elencare nomi/indirizzi di eventuali altri datori di lavoro al momento dell'infortunio / della malattia: _____

7. A seguito dell'infortunio / della malattia, ha perso delle ore lavorative anche presso altri datori di lavoro? ☐ Sì ☐ No

C. INFORMAZIONI SULLA PROFESSIONE al momento dell'infortunio o della malattia

1. Qual era la Sua qualifica professionale o la natura del Suo lavoro? _____
2. Che tipo di attività svolgeva normalmente al lavoro? _____

3. Il Suo lavoro era: (barrare una casella) ☐ Full Time ☐ Part Time ☐ Stagionale ☐ Volontario ☐ Altro: _____
4. Qual era la Sua retribuzione lorda (ante imposte) per periodo di retribuzione? _____ 5. Frequenza dei pagamenti? _____
6. In aggiunta alla retribuzione, usufruiva anche di alloggio o mance? ☐ Sì ☐ No Se sì, descrivere brevemente: _____

D. INFORMAZIONI SULL'INFORTUNIO O SULLA MALATTIA

1. Data dell'infortunio o data di insorgenza della malattia: _____ / _____ / _____ 2. Ora dell'infortunio: _____ ☐ AM ☐ PM
3. Dove è avvenuto l'infortunio / la malattia? (es. 1 Main Street, Pottersville, all'ingresso) _____

4. Di solito lavorava presso questa sede? ☐ Sì ☐ No Se no, per quale motivo si trovava lì? _____

5. Che cosa stava facendo al momento dell'infortunio o dell'insorgenza della malattia? (es. scaricare un camion, scrivere una relazione) _____

6. Come è avvenuto l'infortunio / la malattia? (es. Sono inciampato su un tubo e sono caduto a terra) _____

7. Spiegare estensivamente la natura dell'infortunio / della malattia; elencare tutte le parti del corpo interessate (es. storta alla caviglia sinistra e taglio alla fronte):

NOME: _____
Nome di battesimo Iniziali secondo nome Cognome

DATA DELL'INFORTUNIO / DELLA MALATTIA: _____ / _____ / _____

D. INFORMAZIONI SULL'INFORTUNIO O SULLA MALATTIA (continua)

8. Nell'incidento / Nella malattia era coinvolto qualche oggetto (es. carrello elevatore, martello, acidi)? ☐ Sì ☐ No Se sì, quale? _____
9. L'incidento è stato causato dall'utilizzo o dal funzionamento di un veicolo a motore dotato di licenza? ☐ Sì ☐ No
Se sì, ☐ veicolo personale ☐ veicolo del datore di lavoro ☐ altro veicolo ☐ Numero di targa (se noto): _____
Nel caso in cui il Suo veicolo personale sia stato coinvolto nell'incidento, fornire nome e indirizzo della compagnia assicurativa del Suo veicolo: _____
10. Ha già comunicato al Suo datore di lavoro (o supervisore) la notifica di infortunio/malattia? ☐ Sì ☐ No
Se sì, la notifica è stata comunicata a: _____ ☐ a voce ☐ per iscritto Data di notifica: _____ / _____ / _____
11. Qualcuno ha assistito all'incidento? ☐ Sì ☐ No ☐ Non so Se sì, elencare i nomi: _____

E. RITORNO AL LAVORO

1. Ha smesso di lavorare a causa dell'incidento / della malattia? ☐ Sì, in che data? _____ / _____ / _____ ☐ No, passare alla Sezione F.
2. È già tornato al lavoro? ☐ Sì ☐ No Se sì, in che data? _____ / _____ / _____ ☐ normali mansioni ☐ mansioni limitate
3. Nel caso sia già tornato al lavoro, per chi sta lavorando ora? ☐ Stesso datore di lavoro ☐ Nuovo datore di lavoro ☐ Lavoratore autonomo
4. Qual è la Sua retribuzione lorda (ante imposte) per periodo di retribuzione? _____ Frequenza dei pagamenti? _____

F. TRATTAMENTO MEDICO PER L'INFORTUNIO O LA MALATTIA

1. In che data ha ricevuto il primo trattamento? _____ / _____ / _____ ☐ Nessun trattamento ricevuto (passare alla domanda F-5)
2. È stato curato sul posto? ☐ Sì ☐ No
3. Dove ha ricevuto il primo trattamento medico non effettuato sul posto per l'incidento / la malattia? ☐ Nessun trattamento ricevuto ☐ Pronto Soccorso
☐ Studio medico ☐ Clinica/Ospedale/Terapia d'urgenza ☐ Degenza ospedaliera di oltre 24 ore

Nome e indirizzo del luogo del primo trattamento: _____
Numero di telefono: (____) _____

4. È ancora in fase di trattamento per l'incidento / la malattia? ☐ Sì ☐ No
Fornire il nome e l'indirizzo del medico (o dei medici) da cui è stato curato per l'incidento / la malattia: _____
Numero di telefono: (____) _____

5. Ricorda di aver già subito un infortunio alla stessa parte del corpo o di aver sofferto di una malattia simile? ☐ Sì ☐ No
Se sì, è stato curato da un medico? ☐ Sì ☐ No Se sì, fornire il nome e l'indirizzo del medico (o dei medici) da cui è stato curato e **COMPILARE E PRESENTARE IL MODULO C-3.3 INSIEME AL PRESENTE MODULO:**

6. Il precedente infortunio/malattia era correlato alla Sua professione? ☐ Sì ☐ No
Se sì, era dipendente presso lo stesso datore di lavoro per cui lavora attualmente? ☐ Sì ☐ No

Con la presente richiedo il pagamento di un'indennità ai sensi della Workers' Compensation Law. Apponendo la mia firma, dichiaro che le informazioni fornite sono esatte e veritiere per quanto in mia conoscenza e consapevolezza.

Chiunque presenti o agisca al fine di far presentare, consapevolmente e con INTENZIONE FRAUDOLENTA, o altresì disponga con consapevolezza o piena fede affinché siano presentate a o da un assicuratore o titolare di fondo assicurativo privato, informazioni contenenti FALSE DICHIARAZIONI SOSTANZIALI di qualsiasi tipo o celanti aspetti sostanziali, SARÀ GIUDICATO COLPEVOLE DI REATO e soggetto a ingenti AMMENZE E A RECLUSIONE.

Firma del dipendente: _____ Nome in stampatello: _____ Data: _____ / _____ / _____
In rappresentanza del dipendente: _____ Nome in stampatello: _____ Data: _____ / _____ / _____

La firma in rappresentanza del dipendente è ammessa soltanto in presenza della dovuta autorizzazione legale e solo nel caso in cui il dipendente sia un minore, mentalmente disabile o inabile.

Certifico inoltre che, per quanto di mia conoscenza, informazione e consapevolezza, a seguito di una ragionevole richiesta di informazioni rispetto alle circostanze, le dichiarazioni e altre questioni fattuali sopra asserite sono supportate da prove evidenti, o con ogni probabilità saranno supportate da prove evidenti a seguito di una ragionevole opportunità per svolgere ulteriori accertamenti e rilevazioni.

Firma dell'avvocato/professionista (se presente): _____ Data: _____ / _____ / _____
Nome in stampatello: _____ Qualifica: _____

N. identificativo, se presente: **R** _____ Nel caso di professionista munito di licenza, N. della licenza: _____ Scadenza: _____ / _____ / _____

Istruzioni per la compilazione dell'Employee Claim (Richiesta di indennizzo da parte del dipendente, modulo C-3I)

Compilare il presente modulo e inviarlo all'indirizzo postale di riferimento del Comitato infortuni sul lavoro (Workers' Compensation Board) indicato in calce a queste istruzioni. Per ottenere ulteriore assistenza nella compilazione del modulo, contattare il Comitato infortuni sul lavoro al numero **1-877-632-4996**. È inoltre possibile compilare il modulo online alla pagina **wcb.ny.gov**. Se non si conosce o non si dispone di un numero di pratica del Comitato infortuni sul lavoro, lasciare vuoto questo campo. Non è necessario per l'elaborazione del reclamo. Non dimenticare di immettere il proprio nome e la data dell'infortunio/della malattia nella parte superiore della pagina due.

Sezione A - Informazioni personali (Dipendente):

Nella Sezione A immettere nome, indirizzo e altre informazioni personali richieste.

Nota sul punto 7: Le udienze del Comitato si svolgono in inglese. Per richiedere un traduttore, selezionare **Si** e indicare la lingua necessaria.

Informativa ai sensi della Legge sulla tutela della privacy dello Stato di New York (New York Personal Privacy Protection Law) (Legge sui funzionari pubblici Articolo 6-A (Public Officers Law Article 6-AI) e della Legge sulla privacy federale del 1974 (Federal Privacy Act of 1974) (Comma 552a di 5 U.S.C.).

L'autorità del Comitato infortuni sul lavoro (di seguito denominato Comitato) di esigere che i richiedenti forniscano informazioni personali, incluso il numero di previdenza sociale, deriva dall'autorità di indagine del Comitato ai sensi del Comma 20 della Legge sugli indennizzi dei lavoratori (Workers' Compensation Law, WCL) e dalla sua autorità amministrativa ai sensi del Comma 142 della WCL. Tali informazioni vengono raccolte per assistere il Comitato nelle procedure di indagine e gestione delle richieste nel modo più rapido possibile e per aiutarlo a conservare un'accurata documentazione delle richieste. La comunicazione del proprio numero di previdenza sociale al Comitato è volontaria. Non sono previste sanzioni per la mancata indicazione del proprio numero di previdenza sociale sul presente modulo; tale mancanza non comporterà il rifiuto della richiesta né la riduzione dei sussidi. Il Comitato provvederà a tutelare la riservatezza di tutte le informazioni personali in suo possesso, divulgandole solo per lo svolgimento delle proprie funzioni ufficiali e in conformità alle leggi federali e statali applicabili.

Sezione B - Informazioni sul datore di lavoro:

Nella Sezione B immettere il nome, l'indirizzo, il numero di telefono e altre informazioni relative al datore di lavoro presso cui si risultava impiegati al momento dell'infortunio/della malattia.

Nota: Il datore di lavoro è l'azienda o l'agenzia da cui si riceve la busta paga. In caso di collaboratore esterno presso un ufficio o una sede di lavoro, il datore di lavoro è rappresentato dal fornitore o dall'agenzia per il lavoro presso cui si risulta impiegati, e non dall'ufficio o dalla sede di lavoro in cui si dichiara di operare.

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

Nella Sezione C immettere la propria qualifica, le attività di lavoro e le informazioni sulla retribuzione.

Sezione D - Informazioni sull'infortunio o sulla malattia:

Nella Sezione D immettere le informazioni relative al proprio infortunio o alla propria malattia.

Punto 1: Immettere la data in cui si è verificato l'infortunio o la data del primo giorno in cui è iniziata la malattia.

In caso di patologia o malattia professionale, saltare il punto 2. La data in cui si è verificato l'infortunio deve essere indicata nel formato mese/giorno/anno. L'anno deve essere espresso con un numero a quattro cifre, es. 2015.

Punto 2: Immettere l'ora in cui si è verificato l'infortunio. Selezionare se era mattina (AM) o pomeriggio (PM).

Punto 3: Indicare il luogo in cui si è verificato l'infortunio/la malattia, incluso l'indirizzo dell'edificio e l'ambiente esatto che al suo interno risulta materialmente interessato.

Punto 4: Selezionare se si tratta della propria sede di lavoro normale. In caso contrario, spiegare il motivo per cui ci si trovava nel luogo interessato.

Punto 5: Descrivere nel dettaglio l'attività svolta al momento dell'infortunio/della malattia (es. operazioni di scarico colli da un camion eseguite manualmente).

In questo modo vengono spiegati gli eventi che hanno portato all'infortunio.

Punto 6: Descrivere nel dettaglio il modo in cui si è verificato l'infortunio/la malattia (es. stavo sollevando un collo pesante durante le operazioni di scarico da un camion). Includere tutti i soggetti e gli eventi coinvolti nell'infortunio/nella malattia.

Punto 7: Indicare nella loro totalità la natura e l'entità dell'infortunio/della malattia, incluse tutte le parti del corpo interessate. Descrivere con la massima precisione possibile (es. mi sono stirato la schiena nel tentativo di sollevare un collo pesante. Ora faccio fatica a piegarmi o a tenere oggetti perfino più leggeri).

Punto 8: Indicare se nell'incidente sono rimasti coinvolti oggetti **diversi da** un automezzo autorizzato. Tra gli oggetti diversi possono figurare un utensile (es. martello), una sostanza chimica (es. acido), un macchinario (es. carrello elevatore o trapano a colonna), ecc.

Punto 9: Indicare se nell'incidente è rimasto coinvolto un automezzo autorizzato. In tal caso, selezionare se l'automezzo coinvolto era di proprietà personale, del datore di lavoro o di un terzo. Includere il numero della targa d'immatricolazione (se noto). Nel caso sia rimasto coinvolto il proprio veicolo, indicare il nome e l'indirizzo della rispettiva compagnia di assicurazione.

Punto 10: Selezionare se si è comunicato l'infortunio o la malattia al proprio datore di lavoro o supervisore. In tal caso, indicare il soggetto che ha ricevuto la comunicazione, nonché la natura orale o scritta di tale comunicazione. Includere la data della comunicazione.

Punto 11: Selezionare se altre persone hanno assistito all'infortunio in questione. In presenza di eventuali testimoni, includere i loro nomi.

Sezione E - Ritorno al lavoro:

Punto 1: In caso di assenza conseguente all'infortunio/alla malattia associato al lavoro, selezionare Sì e indicare la data in cui si è smesso di lavorare. Nel caso l'attività lavorativa non sia stata interrotta, selezionare No e passare alla sezione successiva.

Punto 2: Nel caso in cui si sia già tornati al lavoro, selezionare Sì. Indicare anche la data in cui si è ripreso a lavorare, nonché se si è tornati alle proprie funzioni normali o con responsabilità limitate o ristrette. (Si parla di responsabilità limitate quando non si sono riprese tutte le attività lavorative svolte prima dell'infortunio o della malattia.)

Punto 3: In caso di ritorno al lavoro, indicare per chi si sta lavorando attualmente.

Punto 4: Immettere il proprio stipendio lordo (ante imposte) per periodo di retribuzione per l'attività lavorativa svolta attualmente. Indicare la frequenza con la quale si riceve la busta paga (ogni settimana, ogni due settimane, ecc.).

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

Punto 1: Qualora non si siano ricevute cure mediche per l'infortunio/la malattia in questione, selezionare Nessuna cura ricevuta e passare al punto 5. In caso contrario, immettere la data del primo giorno di cure per l'infortunio/la malattia in questione e compilare il resto della sezione.

Punto 2: Selezionare se le prime cure mediche per l'infortunio o la malattia in questione si sono ricevute in sede.

Punto 3: Selezionare il luogo in cui si sono ricevute fuori sede le prime cure mediche per l'infortunio o la malattia in questione. Includere il nome e l'indirizzo della struttura, nonché il relativo numero di telefono (prefisso compreso).

Punto 4: Se si stanno ancora ricevendo trattamenti continui per lo stesso infortunio o malattia, selezionare Sì e indicare il nome e l'indirizzo di eventuali medici responsabili delle cure prestate, nonché il relativo numero di telefono (prefisso compreso); in caso contrario, selezionare No.

Punto 5: Se si ritiene di aver già subito un infortunio che abbia interessato la stessa parte del corpo o di aver avuto una malattia simile, selezionare Sì e indicare se si è stati curati da un medico per tale infortunio o malattia. Se si è stati trattati da un medico, indicare il nome e l'indirizzo di eventuali medici responsabili delle cure prestate e **compilare e presentare il modulo C-3.3I unitamente a questo stesso modulo.**

Punto 6: In caso di infortunio o malattia precedente, selezionare se associati al lavoro. Se Sì, selezionare se l'infortunio o la malattia si sono verificati durante l'attività lavorativa svolta presso il datore di lavoro attuale.

Firmare il modulo C-3I nello spazio riservato alla firma del dipendente a pagina 2, inserire il proprio nome in stampatello e la data di sottoscrizione del modulo. Nel caso la firma venga apposta da un terzo che agisce per conto del dipendente, tale persona dovrà sottoscrivere il modulo sulla seconda riga riservata alla firma. In caso di rappresentanza legale, il rappresentante **deve** compilare e firmare la sezione riservata alla certificazione dell'avvocato/rappresentante nella parte inferiore di pagina 2.

Come dovrebbe comportarsi ogni lavoratore in caso di infortunio sul lavoro o malattia professionale:

1. Comunicare tempestivamente al proprio datore di lavoro o supervisore quando, dove e come si è verificato l'infortunio.
2. Ottenere immediatamente assistenza sanitaria.
3. Chiedere al proprio medico di inoltrare eventuali referti medici al Comitato e al datore di lavoro o alla compagnia di assicurazione.
4. Compilare la presente richiesta di indennizzo e inviarla all'ufficio più vicino del Comitato infortuni sul lavoro (vedere sotto). In caso di mancata presentazione entro due anni dalla data dell'infortunio, la richiesta potrebbe essere rifiutata. Per ottenere assistenza nella compilazione del presente modulo, contattare telefonicamente o visitare l'ufficio più vicino del Comitato infortuni sul lavoro indicato sotto.
5. Presentarsi a tutte le udienze quando chiamati a comparire.
6. Rientrare al lavoro non appena possibile; l'indennizzo non è mai equivalente alla retribuzione.

Diritti personali:

1. In genere il lavoratore ha diritto a ricevere assistenza sanitaria da un medico di sua scelta, a condizione che quest'ultimo sia autorizzato dal Comitato. Qualora il datore di lavoro aderisca a un accordo con un'organizzazione convenzionata di assistenza sanitaria (Preferred Provider Organization, PPO), il lavoratore deve ricevere le prime cure dal fornitore convenzionato incaricato della prestazione di servizi sanitari in caso di infortuni con indennizzo dei lavoratori.
2. NON pagare il proprio medico o ospedale. Tali spese verranno coperte dalla compagnia di assicurazione qualora il caso in questione non venga contestato. Se contestato, il medico o l'ospedale dovranno attendere il pagamento fino alla decisione del Comitato in merito al caso in questione. Qualora il lavoratore non riesca a perseguire la propria azione o il Comitato decida a suo sfavore, spetterà al lavoratore pagare il medico o l'ospedale.
3. Il lavoratore ha inoltre diritto al rimborso di farmaci, stampelle o qualsiasi altro dispositivo adeguatamente prescritto dal medico, nonché di eventuali biglietti per mezzi di trasporto pubblico e altre spese necessarie nei tragitti da e verso l'ambulatorio del medico o l'ospedale (conservare le ricevute di tali spese).
4. Il lavoratore ha diritto all'indennizzo qualora l'infortunio abbia costretto lo stesso a un'assenza dal lavoro di oltre sette giorni o a un'attività lavorativa con una retribuzione ridotta oppure abbia comportato l'invalidità permanente di qualsiasi parte del suo corpo.
5. L'indennizzo deve essere versato direttamente e senza dover attendere un riconoscimento, a meno che il caso non venga contestato.
6. I lavoratori vittime di infortuni o le persone a carico dei lavoratori deceduti possono rappresentare se stessi in materia dinanzi al Comitato o possono scegliere un avvocato o un rappresentante autorizzato che agisca per conto loro. Qualora venga scelto un avvocato o un rappresentante autorizzato, l'onorario di quest'ultimo per servizi legali verrà esaminato dal Comitato e, in caso di approvazione, verrà pagato dal datore di lavoro o dalla compagnia di assicurazione al di fuori di qualsiasi sussidio previsto. I lavoratori vittime di infortuni o le persone a carico dei lavoratori deceduti non devono versare alcun importo direttamente all'avvocato o al rappresentante autorizzato che agiscono per conto loro in un'azione di indennizzo.
7. Per ottenere assistenza per tornare al lavoro o per problemi familiari o finanziari dovuti all'infortunio, contattare l'ufficio più vicino del Comitato infortuni sul lavoro e richiedere l'assistenza di un consulente per la riabilitazione o di un operatore dei servizi sociali.

Questo modulo deve essere spedito direttamente all'indirizzo riportato sotto:

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

Numero verde del Servizio clienti: 877-632-4996

**Stato di New York
WORKERS' COMPENSATION BOARD**

**Informativa sul diritto di scelta di un professionista/struttura sanitaria
autorizzato dalla Workers' Compensation Board**

Nome del dipendente vittima di infortunio	N. di previdenza sociale del dipendente vittima di infortunio	Data dell'incidente
Nome e indirizzo del datore di lavoro		

Al dipendente vittima di infortunio:

Per il trattamento del proprio infortunio o malattia correlata alla professione, sarà possibile rivolgersi (su segnalazione del medico autorizzato) ai medici, podologi, chiropratici o psicologi autorizzati dalla Workers' Compensation Board che accettano di curare i pazienti coperti da assicurazione sul lavoro.

Anche nell'eventualità in cui si decida di rivolgersi a una rete di assistenza sanitaria o a un professionista/struttura sanitaria indicato dal proprio datore di lavoro o dalla rispettiva compagnia assicurativa per infortuni sul lavoro, o se, invece, si consente al proprio datore di lavoro di scegliere un professionista/struttura sanitaria per proprio conto, sarà comunque possibile rivolgersi a diverso professionista/struttura sanitaria in qualsiasi momento senza compromettere in alcun modo la richiesta di indennizzo per infortunio sul lavoro.

Firma del dipendente vittima di
infortunio

Data

Firma del testimone

Data

Attenzione: Non è necessario firmare il modulo di consenso se il proprio datore di lavoro: (1) è membro di organizzazione di prestatori di assistenza sanitaria convenzionati (PPO) ai sensi dell'Articolo 10-A della Workers' Compensation Law; (2) partecipi a programma pilota di soluzione alternativa delle dispute (ADR) secondo quanto stabilito nella sezione 25(2-c) della Workers' Compensation Law. Secondo tali programmi istituzionali, fatto salvo situazioni di emergenza, il trattamento iniziale di qualsiasi tipo di infortunio sul lavoro o malattia correlata alla professione Le dovrebbe essere garantito dalle reti di assistenza certificate o dai professionisti/strutture designati dal suo datore di lavoro.

Al datore di lavoro:

Il datore di lavoro è tenuto a fornire al suddetto dipendente, vittima di infortunio sul lavoro, copia firmata del presente modulo e conservare l'originale nei propri archivi per eventuali ispezioni da parte della Workers' Compensation Board. Non convalidare né inviare il modulo alla Workers' Compensation Board fintanto che il dipendente non subisce danni fisici dovuti a infortuni sul lavoro o all'insorgere di malattie correlate alla professione.

La Workers' Compensation Board assume e serve persone affette da disabilità senza alcun tipo di discriminazione.



Numero pratica WCB (se noto): _____

Al Richiedente: Compili questo modulo se è già stato curato per altro infortunio alla stessa parte del corpo o per malattia simile a quella descritta nell'attuale richiesta di indennizzo. Il modulo autorizza il professionista/struttura sanitaria da Lei indicato a divulgare alla compagnia assicurativa per gli infortuni del Suo datore di lavoro informazioni di carattere sanitario relative ai Suoi precedenti infortuni/malattie. La legge federale HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act del 1996) prevede il rilascio di una copia del presente modulo anche a Lei. Se non riesce a comprendere appieno i contenuti del modulo La invitiamo a rivolgersi al suo consulente legale. Qualora non disponesse di un consulente legale, potrà rivolgersi alla Advocate for Injured Workers della Workers' Compensation Board. Telefonare al numero: 800-580-6665.

Al professionista/struttura sanitaria: La **copia** del documento di rilascio conforme alla legge HIPAA La autorizza a divulgare informazioni di carattere sanitario. Nel caso di invio dei referti alla compagnia assicurativa del datore di lavoro in risposta alla presente richiesta, sarà necessario inviare le copie anche al consulente legale del Richiedente. (Se non viene indicato alcun consulente legale, inviare le copie direttamente al Richiedente.) Il professionista/struttura sanitaria che rilascia i referti dovrà attenersi alle disposizioni vigenti in materia stabilite dallo Stato di New York e dalla legge federale HIPAA.

La presente richiesta è:

- **Volontaria.** Il professionista/struttura sanitaria che La ha in carico dovrà garantirLe lo stesso grado di assistenza, termini di pagamento e livello di indennità indipendentemente dalla Sua sottoscrizione del presente modulo.
- **Parziale.** Si autorizza il professionista/struttura sanitaria a divulgare soltanto i referti medici relativi ai precedenti stati di malattia di seguito riportati.
- **Temporanea.** Non sarà più valida a seguito di approvazione o rifiuto della Sua attuale richiesta di indennizzo e una volta conclusi tutti i ricorsi.
- **Revocabile.** È possibile annullare la richiesta in qualsiasi momento. Per annullarla, basterà inviare una lettera a tutti i professionisti/strutture sanitarie elencate nel modulo. Inoltre, sarà necessario inviare copia della lettera per presa visione anche alla compagnia assicurativa per gli infortuni del proprio datore di lavoro e alla Workers' Compensation Board. *Nota: Non è possibile annullare la richiesta per i referti medici già presentati.*
- **A soli fini informativi.** Autorizza tutti i professionisti/strutture sanitarie elencate nel modulo a inviare copia dei Suoi referti sanitari alla compagnia assicurativa per gli infortuni del Suo datore di lavoro.

Il modulo NON autorizza i professionisti/strutture sanitarie a divulgare i seguenti tipi di informazione:

- **Informazioni relative all'HIV**
- **Documentazione relativa a trattamenti di psicoterapia**
- **Trattamento per problemi di alcol/droga**
- **Trattamento di Salute Mentale** (se non diversamente indicato di seguito)
- **Informazioni confidenziali** (i professionisti/strutture sanitarie non possono divulgare a voce alcun tipo di informazione sanitaria che La riguarda)

Tutti i referti medici rilasciati saranno quindi aggiunti alla documentazione relativa agli infortuni sul lavoro e tenuti riservati secondo quanto stabilito dalla Workers' Compensation Law.

A. INFORMAZIONI PERSONALI (Richiedente)

1. Nome: _____
2. Numero di previdenza sociale: _____ - _____ - _____
3. Indirizzo postale: _____
4. Data di nascita: ____/____/____
5. Data dell'attuale infortunio/inizio malattia: ____/____/____
6. Attuale infortunio/malattia, incluse le parti del corpo interessate: _____
7. Nome e indirizzo del Suo consulente legale (se presente): _____

☐ *Barrare questa voce se si è data autorizzazione al professionista/struttura sanitaria di rilasciare informazioni relative al Suo stato di **salute mentale**.*

B. INFORMAZIONI SUL PROFESSIONISTA/STRUTTURA SANITARIA (Elencare tutti i professionisti/strutture che Le hanno prestato servizio di assistenza sanitaria per precedenti infortuni alle stesse parti del corpo o per malattie simili. Se più di 2 professionisti/strutture sanitarie, allegare i relativi dati al modulo.)

1. Professionista/Struttura sanitaria: _____
2. Numero di telefono: (____) _____
3. Indirizzo postale: _____
4. Altro professionista/struttura sanitaria (se presente): _____
5. Numero di telefono: (____) _____
6. Indirizzo postale: _____

C. FIRMA PER ACCETTAZIONE. Io, sottoscritto, con la presente richiedo che il suddetto professionista/struttura sanitaria invii alla compagnia assicurativa del mio datore di lavoro copia di tutti i referti medici relativi ai miei precedenti infortuni/malattie e alle parti del corpo interessate di cui sopra.

Firma del Richiedente (solo inchiostro – utilizzare preferibilmente penna a sfera blu)

Data

Qualora il Richiedente non sia in grado di apporre la propria firma, sarà necessario far compilare il seguente modulo e sottoscrivere la richiesta dalla persona autorizzata:

Nome

Natura del legame con il Richiedente

Firma (solo inchiostro – utilizzare preferibilmente penna a sfera blu.)

Data



FONDO ASSICURATIVO DELLO STATO DI NEW YORK GESTIONE DELL'INDENNITA' FARMACEUTICA

Il Fondo Assicurativo dello Stato di New York (NYSIF) fornisce una copertura assicurativa per l'indennità dei lavoratori al datore di lavoro per gli infortuni o la malattia sul lavoro dei dipendenti. Questo programma comprende una rete di più di 67.000 farmacie aderenti che le renderanno semplice e conveniente avere le prescrizioni mediche. Se ha una prescrizione medica per un infortunio o una malattia dovuto al lavoro, questa deve essere evasa da una farmacia aderente alla rete di farmacie CareComp.

NYSIF mette a disposizione anche un servizio "veloce", che le dà la possibilità di avere indennizzi farmaceutici, anche prima che dell'accettazione della sua richiesta. Sebbene non sia nostro compito fornire tale servizio, è nostro desiderio aiutarla nei primi giorni di difficoltà post-infortunio, offrendo un numero limitato di prescrizioni sanitarie di indennità che si possono ottenere dalla rete di farmacie CareComp.

Si prega di utilizzare il modulo sul retro di questo foglio – "Scheda dei Servizi di Prescrizione Temporanea per l'Indennità dei Lavoratori" – per ottenere le prescrizioni in ogni farmacia aderente. Per compilare il modulo:

Step 1: Il datore di lavoro deve inserire il **nome dell'azienda** e il **numero di polizza**.

Step 2: Completare il modulo con la sua **richiesta** e le **informazioni di contatto**.

Step 3: Consegnare il **modulo completo** e la **prescrizione** a una farmacia della rete CareComp.

Step 4: Entro 10 giorni dalla conferma dell'infortunio, riceverà un **pacco da CVS Caremark**. Il pacco conterrà una **tessera di identificazione permanente** da usare per ottenere le prescrizioni relative all'infortunio.

Può consultare le farmacie aderenti visitando www.wcrxpharmacylocator.com o chiamando il numero di assistenza al paziente 24h all'(866) 493-1640.

Per maggiori informazioni o assistenza, visitare www.nysif.com/networkbenefits o contattare NYSIF all'(888) 875-5790.



**Scheda dei Servizi di Prescrizione Temporanea per l'Indennità dei Lavoratori
(Workers' Compensation)
Informazioni Importanti**

AVVISO PER IL LAVORATORE INFORTUNATO

La presente scheda per i Servizi di Prescrizione Temporanea per l'Indennità dei Lavoratori DEVE ESSERE PRESENTATA al suo farmacista quando compila la sua prima prescrizione. Per maggiori informazioni o per trovare le farmacie aderenti, si prega di contattare CVS Caremark Customer Service all'1-866-493-1640.

Farmacista/Datore di lavoro – Inviare il modulo compilato al n di fax di CVS Caremark: 1-866-493-1644

Le informazioni del richiedente saranno raccolte da CVS Caremark per l'elaborazione delle prescrizioni mediche. Le informazioni possono essere comunicate anche via telefono chiamando l'1-866-493-1640.

Fondo Assicurativo Stato di New York (NYSIF)	Gruppo: NYSIF
Attenzione: Tutti i campi sottostanti devono essere compilati.	
NOME DATORE DI LAVORO: _____	NOME LAVORATORE INFORTUNATO: _____
N. DI POLIZZA NYSIF WORKERS' COMPENSATION DEL DATORE DI LAVORO: _____	NOME 2° NOME COGNOME INDIRIZZO DELL'INFORTUNATO: _____
DATA INFORTUNIO: ____ / ____ / ____ (MM/GG/AAAA)	VIA _____
DATA DI NASCITA LAVORATORE INFORTUNATO: ____ / ____ / ____ (MM/GG/AAAA)	CITTA', CAP _____
N. ASSICURAZIONE SANITARIA DELL'INFORTUNATO: _____	<i>Help Desk: Il presente è un programma POS solo via CVS Caremark. Per assistenza, chiamare CVS Caremark Help Desk all'866.493.1640</i>

Avviso per il Farmacista:

Il programma di prescrizione di NYSIF è gestito da CVS Caremark. Si prega di seguire le indicazioni sottostanti per inoltrare la richiesta. Tali indicazioni sono necessarie per i richiedenti di NYSIF affinché possano inoltrare una prescrizione.

Step 1	Inserire il n. Contenitore 610235
Step 2	Inserire PCN: WRK
Step 3	ID: N. Assicurazione Sanitaria dell'Infortunato

ASSISTENZA FARMACISTA

Per maggiori informazioni sull'elaborazione delle richieste, si prega di contattare CVS Caremark Help Desk all'1-866-493-1640.



Richiedi il pagamento delle **indennità per infortuni sul lavoro** mediante accredito diretto!

Accredito diretto

New York State Insurance Fund

nysif.com

Il Fondo di garanzia dello Stato di New York (New York State Insurance Fund, NYSIF) offre ai richiedenti di indennità per infortuni sul lavoro la possibilità di ricevere l'accredito diretto. Di concerto con il tuo istituto finanziario, il NYSIF può accreditare il pagamento dei sussidi direttamente sul tuo conto bancario.

REQUISITI PER TIPO DI CONTO

Scegli un solo tipo di conto: corrente o di risparmio. Compila tutte le informazioni nel modulo di accredito diretto, inclusi il codice bancario e il numero di conto della tua banca (vedi figura). Se hai bisogno di assistenza, contatta la tua banca.



Cod. bancario

N. conto

ANNULLAMENTO

Il mandato resta in vigore fino al suo annullamento. Per annullarlo, visita il sito nysif.com, registrati come richiedente e seleziona l'opzione per annullare l'iscrizione all'accredito diretto ("unsubscribe from direct deposit"). Puoi annullarlo anche contattando il funzionario NYSIF che segue la tua pratica sul sito nysif.com utilizzando i collegamenti rapidi per trovarlo ("Find My Case Manager"). Il mandato può essere annullato anche dal NYSIF o dal tuo istituto finanziario. In entrambi i casi, riceverai per posta gli assegni successivi. Per completare l'annullamento possono essere necessarie fino a tre settimane.

MODIFICHE RIGUARDANTI IL CONTO

Hai la responsabilità di comunicare al NYSIF eventuali modifiche alle informazioni riguardanti il tuo conto bancario (cambio del numero di conto, istituto finanziario, etc.). Avvisa il NYSIF presentando una nuova richiesta di accredito diretto, disponibile sul sito nysif.com.

Se cambi conto o istituto finanziario, dovrai conservare il tuo vecchio conto finché su quello nuovo non verrà effettuato il successivo accredito diretto. Se non mantieni il vecchio conto, potresti riscontrare un ritardo nel pagamento fino a quando non entrerà in vigore la nuova autorizzazione per l'accredito diretto.

VERIFICA PERIODICA

Il NYSIF potrà contattarti periodicamente per la conferma delle informazioni riguardanti il tuo conto di accredito diretto. Se il beneficiario non è più in vita, comunicalo immediatamente al NYSIF.

NEW YORK STATE INSURANCE FUND RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ACCREDITO DIRETTO

PER RICEVERE L'ACCREDITO DIRETTO DEI SUSSIDI, COMPILARE QUESTO MODULO IN OGNI SUA PARTE E RESTITUIRLO ALL'INDIRIZZO RIPORTATO IN BASSO. PER ULTERIORI INFORMAZIONI SUI PROPRI DIRITTI RIGUARDANTI L'ACCREDITO DIRETTO, VISITARE IL SITO NYSIF.COM/DIRECTDEPOSIT.

GENERALITÀ (NOME, 2° NOME, COGNOME): _____		N. RICH. INDENNITÀ INF. NYSIF: _____	
INDIRIZZO (NON INDICARE CASELLE POSTALI): _____			
CITTÀ: _____		STATO: _____	ZIP: _____
INDIRIZZO E-MAIL: _____			
TEL.: _____			
CONTO PER ACCREDITO DIRETTO (SCEGLIERNE UNO SOLO): <input type="checkbox"/> CORRENTE <input type="checkbox"/> RISPARMIO			
(FORNIRE TUTTE LE INFORMAZIONI, COMPRESI IL NUMERO DI CONTO E IL CODICE BANCARIO. PER ASSISTENZA NELLA COMPILAZIONE DI QUESTA SEZIONE, CONTATTARE IL PROPRIO ISTITUTO FINANZIARIO.)			
NOME DELL'ISTITUTO FINANZIARIO: _____			
COD. BANCARIO _____		N. CONTO _____	
CERTIFICAZIONE E AUTORIZZAZIONE DEL DEPOSITANTE/BENEFICIARIO			
FIRMANDO QUESTO MODULO, AUTORIZZO IL NEW YORK STATE INSURANCE FUND AD ACCREDITARE I PAGAMENTI DIRETTAMENTE SUL CONTO DESIGNATO DELL'ISTITUTO FINANZIARIO SUMMENZIONATO. CERTIFICO DI AVERE DIRITTO A RICEVERE IL PAGAMENTO DELLE INDENNITÀ O DEI PROVENTI DI LIQUIDAZIONE SOTTOSTANTI E CHE LE CIRCOSTANZE CHE MI AUTORIZZANO A RICEVERE I SUSSIDI DAL NYSIF NON SONO CAMBIATE. IN CASO DI VARIAZIONE DELLE CIRCOSTANZE A DISCAPITO DEL DIRITTO DI RICEVERE I PAGAMENTI, NE DARÒ COMUNICAZIONE AL NYSIF. SONO CONSAPEVOLE CHE PER RICHIEDERE L'ACCREDITO DIRETTO DEBBA FORNIRE UN INDIRIZZO E-MAIL. PRESENTANDO QUESTA RICHIESTA, ACCONSENTO A RICEVERE COMUNICAZIONI ALL'INDIRIZZO E-MAIL INDICATO.			
FIRMA: _____		DATA: _____	

SPEDIRE LA RICHIESTA COMPILATA A:
DOCUMENT CONTROL CENTER
NEW YORK STATE INSURANCE FUND
1 WATERVLIET AVENUE EXT.
ALBANY, NY 12206-1649