

KRÓTKI PRZEWODNIK DLA POSZKODOWANYCH PRACOWNIKÓW

Ulegli Państwo wypadkowi w pracy. Co dalej?

Jeśli ulegli Państwo wypadkowi lub zachorowali w miejscu pracy, być może kwalifikują się Państwo do otrzymania świadczeń z tytułu odszkodowania pracowniczego. Być może też otrzymali już Państwo pomoc medyczną. Jeśli nie, powinni Państwo jak najszybciej zgłosić się do lekarza.

Aby uzyskać pomoc w sprawie roszczenia o odszkodowanie, należy skontaktować się telefonicznie z **Komisją ds. Odszkodowań Pracowniczych (Komisja)** pod numerem **(877) 632-4996**.

PAŃSTWA OBOWIĄZKI

- Należy powiadomić pracodawcę na piśmie, podając szczegółowe informacje dotyczące czasu, miejsca i okoliczności, w których doszło do urazu lub zachorowania. Należy zrobić to jak najszybciej, w ciągu 30 dni od wystąpienia urazu lub zachorowania. Nie należy wysyłać wiadomości SMS; zamiast tego należy przesłać list, e-mail lub inny dokument, który można zapisać lub wydrukować.
- Należy poinformować swoich lekarzy o urazie lub zachorowaniu w związku z pracą i podać nazwę ubezpieczyciela swojego pracodawcy, który zapewnia odszkodowania pracownicze. Jeśli nie znają Państwo nazwy ubezpieczyciela swojego pracodawcy, należy zapytać o to pracodawcę lub niezwłocznie skontaktować się z Komisją. Państwa lekarz złoży raporty medyczne do Komisji oraz do pracodawcy lub jego ubezpieczyciela. Aby uzyskać możliwość skorzystania ze świadczeń, należy złożyć raport medyczny do Komisji.
- Należy tak szybko, jak to możliwe złożyć **roszczenie pracownicze (Employee Claim – formularz C-3)**, informując komisję o urazie lub chorobie. O doznanym urazie lub chorobie, która wystąpiła w związku z wykonywaną pracą, należy powiadomić Komisję w ciągu dwóch lat. Jeśli wcześniej doznali Państwo urazu tej samej części ciała lub cierpieli Państwo na podobną chorobę, należy również złożyć ograniczone upoważnienie do ujawnienia informacji dotyczących stanu zdrowia (**Limited Release of Health Information – formularz C-3.3**).

Obywatelstwo i status imigracyjny nie mają wpływu na odszkodowania pracownicze.

Jak złożyć roszczenie o odszkodowanie

Najszybszy sposób: Należy odwiedzić stronę wcb.ny.gov i wybrać opcję „Zgłoszenie roszczenia”.

W przypadku pytań dotyczących wypełnienia formularza C-3 lub w celu otrzymania kopii formularza proszę o kontakt z numerem (877) 632-4996. Otrzymają Państwo pomoc ze strony członka Komisji.

KOSZTY LECZENIA I PODRÓŻY

Opieka medyczna w celu leczenia urazów lub chorób związanych z pracą jest świadczeniem z tytułu odszkodowania pracowniczego, które nie wiąże się z ponoszeniem kosztów przez świadczeniobiorcę. Rachunki za usługi i produkty medyczne związane z urazem lub chorobą opłacane są bezpośrednio przez ubezpieczyciela pracodawcy w ramach ubezpieczenia od wypadków przy pracy na rzecz świadczeniodawcy. Jeśli ubezpieczyciel zakwestionuje Państwa sprawę, świadczeniodawcy otrzymają zapłatę, o ile Komisja rozstrzygnie sprawę na Państwa korzyść. Jeśli jednak Komisja podejmie decyzję niekorzystną dla Państwa lub jeśli nie będą Państwo kontynuować sprawy, będą Państwo musieli opłacić świadczeniodawcę lub placówkę służby zdrowia (lub przedłożyć rachunki swojemu ubezpieczycielowi zdrowotnemu).

Ubezpieczenie pracownicze Państwa pracodawcy pokrywa koszt niezbędnych z medycznego punktu widzenia leków i sprzętu przepisanych przez Państwa lekarza. Mogą Państwo również otrzymać zwrot kosztów za przejazdy samochodem, transport publiczny lub inne niezbędne wydatki poniesione podczas podróży w celu leczenia. Wydatki tego rodzaju (wraz z paragonami, jeśli je Państwo posiadają) należy przedstawić ubezpieczycielowi ubezpieczającemu od wypadków przy pracy swojego pracodawcy oraz Komisji, korzystając z formularza **Rejestr wydatków medycznych i kosztów podróży wnioskodawcy oraz wniosek o zwrot kosztów (Claimant's Record of Medical and Travel Expenses and Request for Reimbursement – formularz C-257)**.

Zasadniczo można wybrać dowolnego świadczeniodawcę zatwierdzonego przez Komisję. Autoryzowanego dostawcę usług medycznych w okolicy można wyszukać korzystając z funkcji „Wyszukiwanie dostawców usług medycznych” (Health Care Provider Search) na stronie wcb.ny.gov. Można również skorzystać z usług przychodni medycyny pracy. Jeśli jednak ubezpieczyciel Państwa pracodawcy w zakresie odszkodowań pracowniczych posiada preferowanych dostawców usług medycznych (Preferred Provider Organization – PPO) zapewniających opiekę medyczną w przypadku urazów objętych odszkodowaniem pracowniczym, należy skorzystać z pierwszej pomocy medycznej w ramach sieci PPO. Jeśli ubezpieczyciel posiada również sieć aptek lub placówek diagnostycznych, należy korzystać z usług świadczonych w ramach tych sieci. O ile ubezpieczyciel ma obowiązek poinformować Państwa o wymaganych sieciach świadczeniodawców i sposobie korzystania z nich, to w nagłych przypadkach można zgłosić się do dowolnego lekarza.

ODSZKODOWANIE ZA UTRACONE WYNAGRODZENIE

Mają Państwo prawo do części utraconego wynagrodzenia, które musi zostać wypłacone niezwłocznie, jeśli uraz lub choroba mają wpływ na Państwa sytuację w jeden lub więcej z następujących sposobów:

1. Uniemożliwia wykonywanie pracy przez ponad siedem dni kalendarzowych;
2. Dana część ciała została uznana za trwale niesprawną; i/lub
3. Państwa wynagrodzenie jest niższe, ponieważ obecnie pracują Państwo w mniejszym wymiarze godzin lub wykonują inną pracę.

Po wyleczeniu urazu lub choroby, gdy nie przewiduje się dalszej poprawy stanu zdrowia (zazwyczaj rok po dacie wypadku/choroby lub operacji, jeśli przeprowadzono operację), można poprosić lekarza o ocenę czy wypadek/choroba spowodowały trwałe uraz/schorzenie. Aby dowiedzieć się więcej na temat tego świadczenia, należy odwiedzić stronę wcb.ny.gov, kliknąć sekcję „Pracownicy” (Workers), a następnie wybrać „Klasyfikacje niepełnosprawności” (Disability Classifications).

Aby uzyskać pomoc w sprawie roszczenia, mogą Państwo zatrudnić prawnika lub licencjonowanego przedstawiciela, ale nie jest to wymagane. Państwo ani Państwa rodzina nie powinniście bezpośrednio płacić prawnikowi ani licencjonowanemu przedstawicielowi. Ich honoraria są zatwierdzane przez Komisję i potrącane z kwoty odszkodowania za utracone zarobki.

Jeśli Państwa sprawa stanie się przedmiotem sporu, mogą Państwo otrzymywać świadczenia z tytułu niepełnosprawności w trakcie rozpatrywania sprawy przez Komisję. Aby uzyskać **zawiadomienie i dowód roszczenia o świadczenia z tytułu niepełnosprawności (Notice and Proof of Claim for Disability Benefits – formularz DB-450)**, należy odwiedzić stronę internetową wcb.ny.gov, skontaktować się telefonicznie z Komisją w celu uzyskania pomocy lub udać się do biura Komisji. Jeśli sprawa zostanie rozstrzygnięta na Państwa korzyść, świadczenia z tytułu niepełnosprawności zostaną odliczone od kwoty odszkodowania za utracone zarobki.

CO DALEJ?

Skontaktuje się z Państwem ubezpieczyciel ubezpieczający od wypadków przy pracy. Jeśli Państwa roszczenie zostanie przyjęte, Państwa świadczeniodawcy zostaną opłaceni, a Państwo zaczną otrzymywać świadczenia z tytułu utraty wynagrodzenia. Jeśli Państwa sprawa wymaga rozpatrzenia na posiedzeniu weryfikacyjnym, Komisja skontaktuje się z Państwem. Dostępne są zasoby internetowe, które ułatwiają proces związany z posiedzeniem weryfikacyjnym:

- **eCase:** Mogą Państwo przysyłać i przeglądać dokumenty związane ze sprawą online za pomocą wdrożonego przez Komisję systemu eCase, który służy do rozpatrywania wniosków od poszkodowanych pracowników. W tym celu należy zarejestrować się w systemie eCase pod adresem wcb.ny.gov.
- **Wirtualne posiedzenia weryfikacyjne:** Mają Państwo możliwość uczestniczenia w posiedzeniach weryfikacyjnych bez konieczności wizyty w biurze Komisji, korzystając z wirtualnych posiedzeń. Więcej informacji na temat wirtualnych posiedzeń weryfikacyjnych oraz bezpłatnej aplikacji Komisji można znaleźć na stronie wcb.ny.gov/virtual-hearings.

DOSTĘPNA POMOC

Być może potrzebują Państwo pomocy w powrocie do pracy. Państwa pracodawca może mieć alternatywne zadania lub lżejsze prace, które pozwolą Państwu utrzymać aktywność zawodową podczas rekonwalescencji. Uraz lub choroba mogą również powodować problemy rodzinne lub finansowe. W takich sytuacjach Komisja oferuje pomoc doradców ds. rehabilitacji zawodowej i pracowników socjalnych. Aby uzyskać więcej informacji na temat dostępnych usług i pomocy, proszę o kontakt z Komisją.

Jeśli mają Państwo obawy w związku z uzależnieniem od opioidowych leków przeciwbólowych, proszę o kontakt telefoniczny z infolinią NYS OASAS HOPELine pod numerem 877-8-HOPENY (877-846-7369).

Ważne informacje kontaktowe			
Komisja ds. Odszkodowań Pracowniczych	(877) 632-4996		claims@wcb.ny.gov
			wcb.ny.gov

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



**Komisja ds.
 Odszkodowań
 Pracowniczych**

PAŃSTWA DANE OSOBOWE: _____
imię drugie imię nazwisko

DATA URAZU/WYSTĄPIENIA CHOROBY: __ / __ / __

PAŃSTWA URAZ LUB CHOROBA c.d.

8. Czy jakiś przedmiot (np. wózek widłowy, młotek, kwas) był istotny dla urazu/wystąpienia choroby? **D** Tak **D** Nie Jeśli tak, to jaki? _____
9. Czy uraz był wynikiem użytkowania lub prowadzenia pojazdu silnikowego wymagającego prawa jazdy lub licencji? **D** Tak **D** Nie
Jeśli tak, **D** Państwa pojazdu **D** Pojazdu pracodawcy **D** innego pojazdu Nr tablicy rejestracyjnej (jeśli jest znany): _____
Jeśli w zdarzeniu brał udział Państwa pojazd, proszę podać nazwę i adres ubezpieczyciela pojazdu mechanicznego: _____
10. Czy poinformowali Państwo swojego pracodawcę (lub przełożonego) o urazie/chorobie? **D** Tak **D** Nie
Jeśli tak, powiadomienie zostało przekazane: _____ **D** ustnie **D** pisemnie Data powiadomienia: __ / __ / __
11. Czy ktoś widział, jak doszło do urazu? **D** Tak **D** Nie **D** Nie wiadomo Jeśli tak, to proszę wymienić imiona i nazwiska: _____

E. POWRÓT DO PRACY

1. Czy przerwali Państwo aktywność zawodową wskutek kontuzji/choroby? **D** Tak, kiedy (data)? __ / __ / __ **D** Nie, proszę przejść do części F.
2. Czy powrócili Państwo do aktywności zawodowej? **D** Tak **D** Nie Jeśli tak, to kiedy (data)? __ / __ / __ **D** standardowe obowiązki **D** ograniczone obowiązki
3. Jeśli powrócili Państwo do aktywności zawodowej, dla jakiego pracodawcy pracują Państwo obecnie? **D** Tego samego **D** Nowego **D** W ramach samozatrudnienia
4. Jaka jest Państwa płaca brutto (przed opodatkowaniem) za okres rozliczeniowy? _____ Jak często otrzymują Państwo wynagrodzenie? _____

F. LECZENIE DOZANEGO URAZU LUB PRZEBYWANEJ CHOROBY

1. Kiedy rozpoczęło się Państwa leczenie? __ / __ / __
D Nie otrzymano pomocy medycznej (proszę przejść do pytania F 5)
2. Czy pomoc medyczna została zapewniona na miejscu? **D** Tak **D** Nie
3. Gdzie otrzymali Państwo po raz pierwszy pomoc medyczną w związku z urazem/chorobą poza miejscem zdarzenia?
D Nie otrzymano pomocy medycznej **D** Oddział ratunkowy **D** Gabinet lekarza **D** Przychodnia/szpital/pomoc doraźna **D** Pobyt w szpitalu przez ponad 24 godz.
Nazwa i adres placówki, w której udzielono pierwszej pomocy medycznej _____
Nr tel.: { (_____) _____ }
4. Czy nadal otrzymują Państwo leczenie w związku z tym urazem/tą chorobą? **D** Tak **D** Nie
Prosimy podać imiona, nazwiska i adresy lekarzy prowadzących leczenie związane z urazem/chorobą: _____
Nr tel.: (_____) _____
3. Czy doznali Państwo wcześniej innej kontuzji tej samej części ciała lub przebyli podobną chorobę? **D** Tak **D** Nie
Jeśli tak, to czy byli Państwo pod opieką lekarza? **D** Tak **D** Nie Jeśli tak, proszę podać nazwiska i adresy lekarzy zajmujących się Państwa leczeniem oraz **WYPEŁNIĆ I ZŁOŻYĆ FORMULARZ C-3.3 RAZEM Z NINIEJSZYM FORMULARZEM:**

4. Czy poprzedni uraz/poprzednia choroba związana była z pracą? **D** Tak **D** Nie
Jeśli tak, to czy pracowali Państwo dla tego samego pracodawcy, co obecnie? **D** Tak **D** Nie

Niniejszym składam wniosek o świadczenia z tytułu ustawy o odszkodowaniach pracowniczych. Mój podpis potwierdza, że informacje, które podaję, są prawdziwe i dokładne zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem.

Każda osoba, która świadomie i z ZAMIAREM OSZUSTWA przedstawia, powoduje przedstawienie lub przygotowuje, wiedząc lub wierząc, że zostanie to przedstawione ubezpieczycielowi lub ubezpieczycielowi własnemu, jakiegokolwiek informację zawierającą FAŁSZYWE OSWIADCZENIA lub ukrywa jakiegokolwiek istotne fakty, POPEŁNIA PRZESTĘPSTWO i podlega wysokim KAROM PIENIĘŻNYM ORAZ KARZE POZBAWIENIA WOLNOŚCI.

Podpis pracownika: _____ Imię i nazwisko, drukowanymi literami: _____ Data: __ / __ / __

W imieniu pracownika: _____ Imię i nazwisko, drukowanymi literami: _____ Data: __ / __ / __

Osoba fizyczna może podpisać się w imieniu pracownika tylko wtedy, gdy jest do tego uprawniona zgodnie z prawem, a pracownik jest osobą niepełnoletnią lub niezdolną do czynności prawnych.

Oświadczam, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą, informacjami i przekonaniem, uzyskanymi w wyniku dochodzenia przeprowadzonego w sposób uzasadniony w danych okolicznościach, powyższe twierdzenia i inne przedstawione w tym dokumencie kwestie mają poparcie dowodowe lub prawdopodobnie będą miały poparcie dowodowe po przeprowadzeniu dalszego dochodzenia lub postępowania dowodowego.

Podpis prawnika/przedstawiciela (jeśli dotyczy): _____ Data: __ / __ / __

Imię i nazwisko, drukowanymi literami: _____ Stanowisko: _____

Nr. dow. tożsamości, jeśli dotyczy: R _____ Nr licencji licencjonowanego przedstawiciela: _____ Data ważności: __ / __ / __

Instrukcje dotyczące wypełniania formularza roszczenia pracowniczego (formularz C-3)

Proszę wypełnić ten formularz i wysłać go na adres pocztowy Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych (Workers' Compensation Board) podany na końcu niniejszej instrukcji. Jeśli potrzebują Państwo dodatkowej pomocy przy wypełnianiu formularza, należy skontaktować się z Komisją ds. Odszkodowań Pracowniczych pod numerem 1-877-632-4996. Formularz można również wypełnić online na stronie wcb.ny.gov. Jeśli nie mają Państwo numeru sprawy nadanego przez Komisję ds. Odszkodowań Pracowniczych, należy pozostawić to pole puste. Wpisanie numeru nie jest wymagane do rozpatrzenia Państwa roszczenia. Proszę pamiętać, aby wpisać swoje imię i nazwisko oraz datę urazu/wystąpienia choroby na górze drugiej strony.

Część A – PAŃSTWA DANE (Dane pracownika):

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

Uwaga dot. Poz. 7: Posiedzenia weryfikacyjne odbywają się w języku angielskim. Jeśli potrzebują Państwa tłumacza, należy wybrać opcję „Tak” i podać wymagany język.

Powiadomienie zgodnie z nowojorską ustawą o ochronie prywatności danych osobowych (Ustawa o urzędnikach publicznych, art. 6-A) oraz federalna ustawa o ochronie prywatności z 1974 r. (5 U.S.C. § 552a).

Uprawnienie Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych (Komisja) do żądania od wnioskodawców podania danych osobowych, w tym numeru ubezpieczenia społecznego, wynika z uprawnień dochodzeniowych Komisji na podstawie ustawy o odszkodowaniach pracowniczych (WCL) § 20 oraz uprawnień administracyjnych na podstawie WCL § 142. Informacje te są gromadzone w celu ułatwienia Komisji badania i rozpatrywania roszczeń w możliwie najkrótszym czasie oraz pomocy w prowadzeniu dokładnej dokumentacji roszczeń. Podanie numeru ubezpieczenia społecznego jest dobrowolne. Nie ma żadnych konsekwencji za niepodanie numeru ubezpieczenia społecznego w niniejszym formularzu; nie spowoduje to odrzucenia wniosku ani zmniejszenia świadczeń. Komisja chroni poufność wszystkich posiadanych danych osobowych, ujawniając je wyłącznie w ramach wykonywania swoich obowiązków służbowych oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa stanowego i federalnego.

Część B – Państwa pracodawca(y):

W części B należy wpisać nazwę, adres, numer telefonu i inne informacje dotyczące pracodawcy, dla którego pracowali Państwo w czasie urazu/wystąpienia choroby.

Ważna informacja: Państwa pracodawcą to firma lub agencja, która wypłaca Państwu wynagrodzenie. Jeśli są Państwo wynajętym pracownikiem wykonującym swoje obowiązki w danym miejscu pracy lub biurze, Państwa pracodawcą jest agencja pracy tymczasowej lub pośrednik, który Państwa zatrudnił, a nie biuro lub inne miejsce pracy, w którym wykonują Państwo pracę.

Część C – Charakter państwa pracy w czasie doznania urazu/wystąpienia choroby:

W Części C należy wpisać stanowisko, zakres obowiązków i informacje dotyczące wynagrodzenia.

Część D – Państwa uraz lub choroba:

W części D należy wpisać informacje dotyczące Państwa urazu lub choroby.

Poz. 1: Tutaj należy wprowadzić datę, w której doznali Państwo urazu lub datę, w której stwierdzili Państwo pierwsze symptomy choroby. Jeśli jest to choroba zawodowa, należy pominąć poz. 2. Data urazu musi być podana w formacie miesiąc/dzień/rok. Rok należy zapisać liczbą czterocyfrową, np. 2015.

Poz. 2: Tutaj należy wpisać godzinę, o której doszło do urazu. Należy posłużyć się zapisem amerykańskim – AM (przed południem) lub PM (po południu).

Poz. 3: Tutaj należy określić miejsce, w którym doszło do urazu/wystąpienia objawów choroby, podając adres budynku oraz dokładną lokalizację w budynku, w której doszło do urazu/wystąpienia objawów choroby.

Poz. 4: Tutaj należy określić, czy miejsce zdarzenia było miejscem, w którym zazwyczaj wykonywali Państwo pracę. Jeśli nie, należy wyjaśnić, dlaczego przebywali Państwo w tym miejscu.

Poz. 5: Tutaj należy szczegółowo opisać, co robili Państwo w czasie urazu/wystąpienia objawów choroby (np. ręczne rozładowywanie pudeł z ciężarówkami). Informacje te mają wyjaśnić, jakie zdarzenia doprowadziły do urazu.

Poz. 6: Tutaj należy szczegółowo opisać, w jaki sposób doszło do urazu/wystąpienia objawów choroby (np. podnosiłem ciężkie pudło z ciężarówki). Opis powinien obejmować wszystkie osoby i zdarzenia związane z urazem/wystąpieniem objawów choroby.

Poz. 7: Tutaj należy dokładnie opisać charakter i stopień urazu/objawów choroby, w tym wszystkie części ciała, które ucierpiały. Proszę podać jak najwięcej szczegółów (np. nadwyrzyłem plecy, próbując podnieść ciężkie pudło). Teraz odczuwam ból podczas schylania się lub nawet kiedy trzymam lekkie przedmioty).

Poz. 8: Tutaj należy wskazać, czy w wypadku brał udział jakiś obiekt **inny** niż pojazd silnikowy, którego prowadzenie wymaga od kierowcy prawa jazdy. Inne przedmioty to np. narzędzia (np. młotek), substancje chemiczne (np. kwas), maszyny (np. wózek widłowy lub wiertarka stołowa) itp.

Poz. 9: Tutaj należy wskazać, czy w wypadku brał udział pojazd silnikowy, którego prowadzenie wymaga od kierowcy prawa jazdy. Jeśli tak, należy określić, czy pojazd silnikowy, który brał udział w wypadku, należał do Państwa, Państwa pracodawcy czy osoby trzeciej. Należy podać numer rejestracyjny pojazdu (jeśli jest znany). Jeśli w zdarzeniu brał udział Państwa pojazd, należy podać nazwę i adres ubezpieczyciela pojazdu mechanicznego.

Poz. 10: Tutaj należy określić, czy poinformowali Państwo pracodawcę lub przełożonego o swoim urazie lub chorobie. Jeśli tak, należy wskazać, komu przekazali Państwo powiadomienie oraz czy zostało ono przekazane ustnie czy na piśmie. Proszę podać datę przekazania powiadomienia.

Poz. 11: Tutaj należy określić, czy jakaś inna osoba widziała, jak doszło do urazu. Jeśli tak, należy podać imię i nazwisko tej osoby/takich osób.

Część E – Powrót do pracy:

Poz. 1: Jeśli przestali Państwo pracować z powodu urazu/choroby związanej z pracą, należy zaznaczyć opcję „Tak” i podać datę, od której nie są Państwo aktywni zawodowo. Jeśli Państwa aktywność zawodowa nie ustala, należy zaznaczyć opcję „Nie” i przejść do następnej części.

Poz. 2: Jeśli od tego czasu powrócili Państwo do aktywności zawodowej, należy zaznaczyć opcję „Tak”. Należy również podać datę powrotu do aktywności zawodowej oraz informację, czy powrócili Państwo do wykonywania swoich standardowych obowiązków, czy też wykonują je Państwo w ograniczonym lub zmienionym zakresie. (Jeśli nie powrócili Państwo do pełnego zakresu obowiązków służbowych sprzed urazu lub wystąpienia choroby, oznacza to, że wykonują Państwo ograniczone obowiązki).

Poz. 3: Jeśli powrócili Państwo do aktywności zawodowej, należy określić, dla jakiego pracodawcy pracują Państwo obecnie.

Poz. 4: Tutaj należy wpisać wynagrodzenie brutto (przed opodatkowaniem) za okres rozliczeniowy dla stanowiska, na którym obecnie Państwo pracują. Należy wskazać, jak często otrzymują Państwo wynagrodzenie (co tydzień, co dwa tygodnie itp.).

Część F – Leczenie doznanego urazu lub przebywanej choroby:

Poz. 1: Jeśli nie otrzymali Państwo pomocy medycznej w związku z doznaniem urazem lub chorobą będącą następstwem zdarzenia, należy zaznaczyć opcję „Nie otrzymano pomocy medycznej” i przejść do pozycji 5. W przeciwnym razie należy wpisać datę, kiedy po raz pierwszy otrzymali Państwo opiekę lekarską w związku z urazem/chorobą i wypełnić pozostałą część tej części.

Poz. 2: Tutaj należy określić, czy opieka medyczna w związku z urazem lub chorobą została Państwu zapewniona jeszcze w miejscu pracy.

Poz. 3: Tutaj należy określić miejsce, w którym po raz pierwszy otrzymali Państwo pomoc medyczną w związku z urazem lub chorobą poza miejscem pracy. Należy podać nazwę, adres oraz numer telefonu (wraz z numerem kierunkowym) placówki.

Poz. 4: Jeśli nadal są Państwo w trakcie leczenia tego samego urazu lub choroby, należy zaznaczyć opcję „Tak” i podać imiona, nazwiska oraz adresy lekarzy prowadzących leczenie, a także numery telefonu (wraz z numerami kierunkowymi); w przeciwnym razie należy zaznaczyć opcję „Nie”.

Poz. 5: Jeśli doznali już Państwo urazu tej samej części ciała lub przebyli podobną chorobę, należy zaznaczyć „Tak” i podać, czy byli Państwo pod opieką przez lekarza w związku z tym urazem lub chorobą. Jeśli byli Państwo pod opieką lekarza, należy podać nazwiska i adresy lekarzy, którzy zapewniali opiekę, a następnie **wypełnić i złożyć formularz C-3.3 wraz z niniejszym formularzem.**

Poz. 6: Jeśli doznali Państwo wcześniej podobnego urazu lub przebyli podobną chorobę, należy określić, czy były one związane z pracą. Jeśli tak, należy określić, czy uraz lub choroba wystąpiły podczas wykonywania pracy dla obecnego pracodawcy.

Należy podpisać formularz C-3 w miejscu przeznaczonym na podpis pracownika na stronie 2, wpisać swoje imię i nazwisko drukowanymi literami oraz datę podpisania formularza. Jeśli w imieniu pracownika podpisuje się osoba trzecia, powinna podpisać się w drugiej linii przeznaczonej na podpis. Jeśli posiadają Państwo pełnomocnika prawnego, musi on wypełnić i podpisać sekcję poświadczenia pełnomocnika/przedstawiciela w dolnej części str. 2.

Co powinien zrobić każdy pracownik w przypadku wypadku przy pracy lub wystąpienia choroby zawodowej:

1. Należy natychmiast poinformować pracodawcę lub przełożonego, kiedy, gdzie oraz w jaki sposób doszło do urazu.
2. Należy natychmiast zapewnić opiekę medyczną.
3. Należy poprosić lekarza, aby złożył raporty medyczne do Komisji oraz do Państwa pracodawcy lub jego ubezpieczyciela.
4. Należy wypełnić niniejszy wniosek o odszkodowanie i wysłać go do najbliższego biura Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych. (Patrz poniżej.) Niezłożenie wniosku w ciągu dwóch lat od daty wypadku może skutkować odrzuceniem roszczenia. Jeśli potrzebują Państwo pomocy w wypełnieniu tego formularza, należy skontaktować się telefonicznie z najbliższym oddziałem Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych wymienionym poniżej lub udać się do oddziału osobiście.
5. Należy stawić się na wszystkich posiedzeniach weryfikacyjnych, o których zostaną Państwo poinformowani.
6. Ważne jest, aby powrócić do aktywności zawodowej, jak tylko będą Państwo w stanie; odszkodowanie nigdy nie jest tak wysokie jak Państwa wynagrodzenie.

Przysługujące Państwu prawa:

1. Zasadniczo mają Państwo prawo do leczenia przez wybranego przez siebie lekarza, pod warunkiem, że jest on uprawniony do tego przez Komisję. Jeśli Państwa pracodawca uczestniczy w programie preferowanych dostawców usług medycznych (Preferred Provider Organization – PPO), Państwa wstępne leczenie zapewni preferowany dostawca usług medycznych, który został wyznaczony do świadczenia usług medycznych w zakresie odszkodowań pracowniczych.
2. Lekarzowi ani szpitalowi NIE NALEŻY PŁACIĆ. Jeśli Państwa sprawa nie zostanie zakwestionowana, rachunki zostaną opłacone przez ubezpieczyciela. Jeśli Państwa sprawa zostanie zakwestionowana, lekarz lub szpital muszą poczekać na płatność do czasu rozstrzygnięcia sprawy przez Komisję. W przypadku niepowodzenia w dochodzeniu roszczeń lub podjęcia przez Komisję decyzji niekorzystnej dla Państwa, będą Państwo zobowiązani do pokrycia kosztów leczenia lub hospitalizacji.
3. Mają Państwo również prawo do zwrotu kosztów leków, kul lub innych produktów medycznych przepisanych przez lekarza oraz kosztów przejazdu samochodem lub innych niezbędnych wydatków związanych z dojazdami do gabinetu lekarskiego lub szpitala. (Należy zachować rachunki za takie wydatki.)
4. Mają Państwo prawo do odszkodowania, jeśli uraz uniemożliwia Państwu pracę przez ponad siedem dni, zmusza Państwa do pracy za niższe wynagrodzenie lub powoduje trwałą niepełnosprawność jakiegokolwiek części ciała.
5. Odszkodowanie jest wypłacane bezpośrednio i bez oczekiwania na orzeczenie, z wyjątkiem sytuacji, gdy zasadność roszczenia jest kwestionowana.
6. Poszkodowani pracownicy lub osoby, które pozostawały na utrzymaniu zmarłych pracowników mogą występować w swoim imieniu w sprawach rozpatrywanych przed Komisją lub zatrudnić w tym celu prawnika lub licencjonowanego przedstawiciela. W przypadku zatrudnienia prawnika lub licencjonowanego przedstawiciela, wynagrodzenie za usługi prawne zostanie zweryfikowane przez Komisję, a po jego zatwierdzeniu zostanie pokryte przez pracodawcę lub firmę ubezpieczeniową w ramach należnych świadczeń odszkodowawczych. Poszkodowani pracownicy lub osoby, które pozostawały na utrzymaniu zmarłych pracowników nie powinni bezpośrednio wypłacać żadnych honorariów prawnikowi lub licencjonowanemu przedstawicielowi reprezentującemu ich w sprawie o odszkodowanie.
7. Jeśli potrzebują Państwo pomocy w powrocie do aktywności zawodowej lub w związku z problemami rodzinnymi lub finansowymi spowodowanymi urazem, należy skontaktować się z najbliższym oddziałem Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych i poprosić o rozmowę z doradcą ds. rehabilitacji lub pracownikiem socjalnym.

Niniejszy formularz należy przesłać bezpośrednio na poniższy adres:

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

Obsługa klienta – bezpłatne połączenie telefoniczne: 877-632-4996

Nr sprawy WCB (jeśli jest Państwu znany): _____

Informacje dla osoby zgłaszającej roszczenie: Jeśli przeszli Państwo leczenie z powodu wcześniejszej kontuzji tej samej części ciała lub choroby podobnej do opisanej w obecnym zgłoszeniu, powinni Państwo wypełnić niniejszy formularz. Formularz pozwala wymienionym poniżej podmiotom świadczącym usługi medyczne na przekazanie informacji dotyczących Państwa wcześniejszych urazów/chorób ubezpieczycielowi Państwa pracodawcy w ramach ubezpieczenia od wypadków przy pracy. Federalna ustawa HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act z 1996 r.) stanowi, że mają Państwo prawo otrzymać kopię tego formularza. Jeśli nie rozumieją Państwo treści tego formularza, proszę skonsultować się ze swoim przedstawicielem prawnym. Jeśli nie posiadają Państwo przedstawiciela prawnego, pomocy może udzielić rzecznik poszkodowanych pracowników w Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych (Workers' Compensation Board). Nr tel.: 800-580-6665.

Informacje dla placówki służby zdrowia: Kopia niniejszego upoważnienia zgodnego z ustawą HIPAA pozwala na ujawnienie informacji dotyczących zdrowia. Jeśli w odpowiedzi na niniejsze oświadczenie prześlą Państwo dokumentację do ubezpieczyciela pracodawcy zajmującego się odszkodowaniami pracowniczymi, należy również przesłać kopie dokumentów do przedstawiciela prawnego wnioskodawcy. (Jeśli poniżej nie wymieniono żadnego przedstawiciela prawnego, kopie należy przesłać do osoby zgłaszającej roszczenie). Podmioty świadczące usługi opieki zdrowotnej, które udostępniają dokumentację medyczną, muszą przestrzegać przepisów prawa stanu Nowy Jork oraz ustawy HIPAA.

Niniejsze upoważnienie jest:

- **Dobrowolne.** Państwa dostawca usług medycznych musi zapewnić Państwu taką samą opiekę, warunki płatności i świadczenia, niezależnie od tego, czy podpiszą Państwo niniejszy formularz, czy nie.
- **Ograniczone.** Upoważnia ono Państwa lekarza (lekarzy) do udostępnienia wyłącznie tych danych medycznych, które dotyczą opisanego poniżej schorzenia.
- **Czasowe.** Traci ono ważność w momencie rozpatrzenia lub odrzucenia aktualnego wniosku o odszkodowanie oraz wyczerpania wszystkich możliwości odwołania.
- **Odwołalne.** Niniejsze upoważnienie można wycofać w dowolnym momencie. Aby wycofać upoważnienie, należy wysłać pismo do podmiotu świadczącego usługi medyczne wymienionego w niniejszym formularzu. Należy również przesłać kopię pisma do ubezpieczyciela pracodawcy odpowiedzialnego za odszkodowania pracownicze oraz do Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych. *Ważna informacja: Nie można wycofać niniejszego upoważnienia w odniesieniu do już przekazanych dokumentacji medycznej.*
- **Wyłącznie do celów archiwizacyjnych.** Upoważnia ono wymienionych w niniejszym formularzu świadczeniodawców usług medycznych do przesłania kopii dokumentacji medycznej do ubezpieczyciela pracodawcy w ramach ubezpieczenia od wypadków przy pracy.

Niniejszy formularz NIE upoważnia Państwa lekarzy do ujawnienia następujących rodzajów informacji:

- **Informacji dotyczących HIV**
- **Notatek z psychoterapii**
- **Informacji o leczeniu uzależnienia od alkoholu/narkotyków**
- **Informacji o leczeniu związanym ze zdrowiem psychicznym** (o ile nie zaznaczą Państwo poniżej)
- **Informacji przekazywanych ustnie** (pracownicy służby zdrowia nie mogą rozmawiać z nikim o Państwa danych dotyczących opieki zdrowotnej)

Wszelkie udostępnione dokumenty medyczne staną się częścią akt dotyczących odszkodowania pracowniczego i są poufne zgodnie z ustawą o odszkodowaniach pracowniczych.

A. PAŃSTWA DANE (Dane osoby zgłaszającej roszczenie)

1. Imię i nazwisko: _____ 2. Numer ubezpieczenia społecznego _____
3. Adres do korespondencji: _____
4. Data urodzenia: __ / __ / __ 5. Data obecnego urazu/wystąpienia obecnej choroby: __ / __ / __
6. Obecny uraz/choroba, w tym wszystkie urazy poszczególnych części ciała: _____
7. Imię i nazwisko oraz adres przedstawiciela prawnego (jeśli dotyczy): _____

D Proszę zaznaczyć tutaj, jeśli wyrażają Państwo zgodę na ujawnienie przez swojego lekarza lub lekarzy informacji dotyczących **zdrowia psychicznego**.

B. ZAJMUJĄCE SIĘ PAŃSTWA LECZENIEM PLACÓWKI (Należy wymienić wszystkie placówki, które zajmowały się Państwa leczeniem w związku z wcześniejszą kontuzją tej samej części ciała lub podobną chorobą. Jeśli lista obejmuje więcej niż 2 placówki, należy dołączyć do formularza ich dane kontaktowe.)

1. Placówka: _____ 2. Nr tel.: (____) _____
3. Adres do korespondencji: _____
4. Inna placówka (jeśli dotyczy): _____ 5. Nr tel.: (____) _____
6. Adres do korespondencji: _____

C. NALEŻY PRZECZYTAĆ I PODPISAĆ PONIŻSZY USTĘP. Niniejszym zwracam się z prośbą do wymienionych powyżej placówek służby zdrowia o przekazanie ubezpieczycielowi mojemu pracodawcy zajmującemu się odszkodowaniami pracowniczymi kopie wszystkich dokumentów medycznych dotyczących wszelkich wcześniejszych urazów/chorób wszystkich części ciała opisanych powyżej.

Podpis wnioskodawcy (tylko atramentem – w miarę możliwości należy użyć niebieskiego długopisu lub pióra). _____ Data _____

Jeśli wnioskodawca nie jest w stanie podpisać się, osoba podpisująca w jego imieniu musi wypełnić i podpisać poniższą część formularza:

Imię i nazwisko _____ Związek z wnioskodawcą _____ Podpis (tylko atramentem – w miarę możliwości niebieskim, długopisem lub piórem). _____ Data _____

KOMISJA DS. ODSZKODOWAŃ PRACOWNICZYCH
Stanu Nowy Jork

Powiadomienie o prawie do wyboru placówki świadczącej usługi medyczne uprawnionej przez Komisję ds. Odszkodowań Pracowniczych

Imię i nazwisko poszkodowanego pracownika	Numer ubezpieczenia społ. poszkodowanego pracownika.	Data wypadku
Nazwa i adres pracodawcy		

Informacje dla poszkodowanego pracownika:

W celu leczenia urazu lub choroby związanej z pracą mogą Państwo wybrać dowolnego lekarza, podologa, kręgarza lub psychologa (po skierowaniu przez uprawnionego lekarza) zatwierdzonego przez Komisję ds. Odszkodowań Pracowniczych i przyjmującego pacjentów objętych ubezpieczeniem od wypadków przy pracy.

Mogą Państwo zdecydować się na skorzystanie z sieci lub placówki rekomendowanej przez pracodawcę lub ubezpieczyciela od wypadków przy pracy albo pozwolić pracodawcy na wybranie placówki w Państwa imieniu, niemniej w każdej chwili mogą Państwo zmienić placówkę świadcząca usługi medyczne lub lekarza bez ryzyka utraty prawa do odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy.

 Podpis poszkodowanego pracownika

 Data

 Podpis świadka

 Data

Ważna informacja: Nie ma konieczności podpisywania niniejszego formularza zgody, jeśli pracodawca (i) uczestniczy w programie certyfikowanej organizacji preferowanych dostawców usług medycznych (PPO) zgodnie z art. 10-A ustawy o odszkodowaniach pracowniczych lub (ii) uczestniczy w pilotażowym programie alternatywnego rozstrzygnięcia spraw spornych (ADR) zgodnie z ust. 25(2-c) ustawy o odszkodowaniach pracowniczych. Zgodnie z ww. ustawowymi programami, z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, muszą Państwo uzyskać co najmniej wstępne leczenie w przypadku każdego urazu lub choroby objętej ubezpieczeniem pracowniczym w ramach certyfikowanej sieci lub u dostawców wyznaczonych przez pracodawcę.

Informacje dla pracodawcy:

Pracodawca ma obowiązek przekazać powyższemu poszkodowanemu pracownikowi kopię niniejszego podpisanego formularza oraz przechowywać oryginał formularza w dokumentacji pracodawcy, gdzie w dowolnym momencie może on zostać poddany kontroli przez Komisję ds. Odszkodowań Pracowniczych. Formularz ten nie powinien być przekazywany do Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych ani wypełniany przed wystąpieniem urazu lub choroby związanej z pracą wykonywaną przez danego pracownika.

Komisja ds. Odszkodowań Pracowniczych nie stosuje dyskryminacji zatrudniając i obsługując osoby niepełnosprawne.



POWIADOMIENIE DOTYCZĄCE ŚWIADCZEŃ APTECZNYCH W RAMACH UBEZPIECZENIA PRACOWNICZEGO

Proszę uważnie przeczytać niniejsze informacje. Są to ważne wskazówki dotyczące uzyskania leków w ramach odszkodowania pracowniczego z Funduszu Ubezpieczeń Stanu Nowy Jork (NYSIF).

NYSIF zawarł umowę z CVS Caremark, podmiotem zarządzającym świadczeniami aptecznymi (Pharmacy Benefits Manager – PBM), który dysponuje siecią aptek zapewniających dostęp do leków, które pracownicy mogą otrzymać w związku z urazami lub chorobami zawodowymi. Nie zmienia to Państwa prawa do uzyskania leków niezbędnych do leczenia takiej choroby lub urazu. Oznacza to jedynie, że lek ten należy nabyć w aptece należącej do sieci aptek CareComp zarządzanej przez CVS Caremark. Sieć ta nie ogranicza się wyłącznie do aptek CVS, ale obejmuje ponad 67 tys. aptek uczestniczących w programie. Listę aptek wraz z adresami można uzyskać:

- kontaktując się telefonicznie z centrum obsługi klienta CVS Caremark pod numerem (866) 493-1640 lub numerem TDD dla osób niedosłyszących pod numer (866) 200-2161
- na stronie internetowej <https://nysif.wcrxportal.com/Pharmacy/Index>
- Na stronie internetowej NYSIF nysif.com/networkbenefits

Jeśli otrzymują Państwo leki w ramach odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy, muszą Państwo zaopatrywać się w nie w jednej z tych aptek, za wyjątkiem następujących sytuacji:

- Są Państwo ofiarą nagłego przypadku medycznego i nie ma możliwości zakupu leków potrzebnych w tej sytuacji w aptece należącej do sieci, lub
- Zamówienia pocztą lub telefonicznie nie są możliwe w ramach sieci, żadna apteka należąca do sieci nie może dostarczyć Państwu leków, a żadna z tych aptek nie znajduje się w odległości 15 mil (ok. 24 km), jeśli mieszkają Państwo na obszarze wiejskim, lub 5 mil (ok. 8 km), jeśli nie mieszkają Państwo na obszarze wiejskim. Jeśli uważają Państwo, że powyższa informacja Państwa dotyczy, proszę zadzwonić pod jeden z numerów podanych w dolnej części tej strony.

Proszę pamiętać, że CVS Caremark oferuje usługi wysyłkowe oraz zamówienia internetowe i telefoniczne. Wskazówki uzyskać można w centrum obsługi klienta CVS Caremark pod numerem (866) 493-1640.

Wszystkie apteki należące do sieci zobowiązane są do utrzymywania zapasów leków pozwalających obsługiwać klientów bez zbędnej zwłoki.

Wszystkie apteki stacjonarne muszą być otwarte w godzinach typowych dla danej okolicy.

Apteki należące do sieci aptek CareComp rozliczają się bezpośrednio z NYSIF. **Nie będą Państwo musieli pokrywać kosztów leków z własnej kieszeni.**

Dodatkowe informacje na temat sieci aptek CareComp można uzyskać, kontaktując się z bezpłatnym, całodobowym numerem telefonu: (866) 493-1640.

W przypadku pytań lub problemów prosimy o kontakt z NYSIF pod numerem (888) 875-5790. Można również skontaktować się z Komisją ds. Odszkodowań Pracowniczych stanu Nowy Jork pod adresem general_information@wcb.ny.gov lub pod numerem telefonu (877) 632-4996; (800) 580-6665. Można także skontaktować się z rzecznikiem poszkodowanych pracowników (Advocate for Injured Workers od numerem (800) 580-6665. Więcej informacji można znaleźć na stronie internetowej www.wcb.ny.gov

POSIADACZ POLISY – NALEŻY UMIEŚCIĆ W WIDOCZNYM MIEJSCU



Formularz identyfikacyjny programu tymczasowych usług związanych z receptami w ramach odszkodowań pracowniczych – ważne informacje

WAŻNE INFORMACJE DLA POSZKODOWANEGO PRACOWNIKA

Niniejszy formularz identyfikacyjny programu tymczasowych usług związanych z receptami w ramach odszkodowań pracowniczych MUSI ZOSTAĆ OKAZANY pracownikowi apteki podczas wypełniania wstępnej recepty (recept). Jeśli mają Państwo pytania lub potrzebują znaleźć aptekę uczestniczącą w programie, należy skontaktować się z Biurem obsługi klienta CVS Caremark pod numerem 1-866-493-1640.

Pracownik apteki/pracodawca – Po wypełnieniu formularza należy go przesłać faksem na numer CVS Caremark: 1-866-493-1644

Informacje o osobie zgłaszającej roszczenie zostaną dodane przez CVS Caremark, aby umożliwić przetwarzanie zlecenia farmaceutycznego. Informacje te można również uzyskać kontaktując się z numerem 1-866-493-1640.

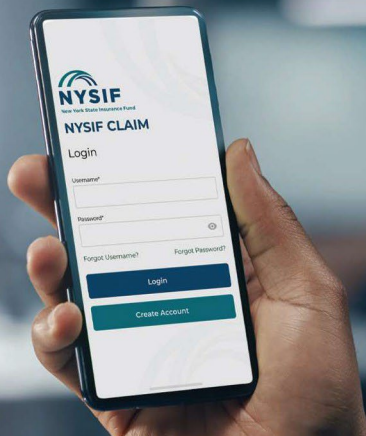
<p>©2024 Fundusz Ubezpieczeniowy Stanu Nowy Jork.</p> <p>Ważne: Należy wypełnić wszystkie pola w tabeli.</p> <p>NAZWA PRACODAWCY:</p> <hr/>	<p>Nr grupy: NYSIF</p> <p>DANE POSZKODOWANEGO:</p> <hr/>
<p>NR POLISY ŚWIADCZEŃ PRACOWNICZYCH NYSIF PRACODAWCY:</p> <hr/>	<p>IMIĘ DR. IMIĘ NAZWISKO</p> <hr/>
<p>DATA WYPADKU: __ / __ / __ (MM/DD/RRRR)</p>	<p>ADRES KORESPONDENCYJNY POSZKODOWANEGO PRACOWNIKA:</p> <hr/>
<p>DATA URODZENIA POSZKODOWANEGO PRACOWNIKA: __ / __ / __ (MM/DD/RRRR)</p>	<p>ULICA</p> <hr/>
<p>NR UBEZPIECZENIA SPOŁ. POSZKODOWANEGO PRACOWNIKA:</p> <hr/>	<p>MIASTO, STAN,</p> <p><i>Centrum pomocy: Jest to program POS dostępny wyłącznie za pośrednictwem CVS Caremark. Aby uzyskać pomoc, należy skontaktować się telefonicznie z działem pomocy technicznej CVS Caremark pod numerem 866.493.1640.</i></p>

Informacje dla pracownika apteki:

Programem recept NYSIF zarządza CVS Caremark. Aby zgłosić wniosek, należy postępować zgodnie z poniższymi instrukcjami. Działania opisane w poniższych krokach wymagane są w celu przedłożenia recepty dla osób ubiegających się o świadczenia z NYSIF.

Krok 1	Należy wpisać nr Bin 610235
Krok 2	Należy wpisać PCN: WRK
Krok 3	Nr ID: Nr ubezpieczenia społ. poszkodowanego pracownika:

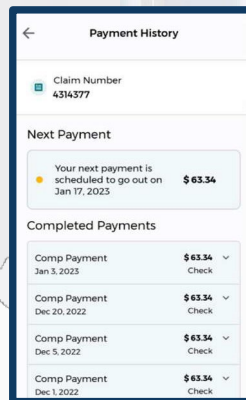
CZY POTRZEBNA JEST POMOC? Pracowników apteki mających pytania lub wątpliwości związane z przetwarzaniem zgłoszenia zachęcamy do kontaktu z centrum pomocy CVS Caremark pod numerem 1-866-493-1640.



Aplikacja na urządzenia mobilne

Czy chcą Państwo sprawdzić status wypłaty świadczenia lub status roszczenia z tytułu odszkodowania pracowniczego? Można zrobić to za pomocą aplikacji mobilnej NYSIF! Dzięki aplikacji NYSIF do obsługi roszczeń – Claim Mobile App – można łatwo i w czasie rzeczywistym uzyskać dostęp do informacji dotyczących roszczenia takich jak:

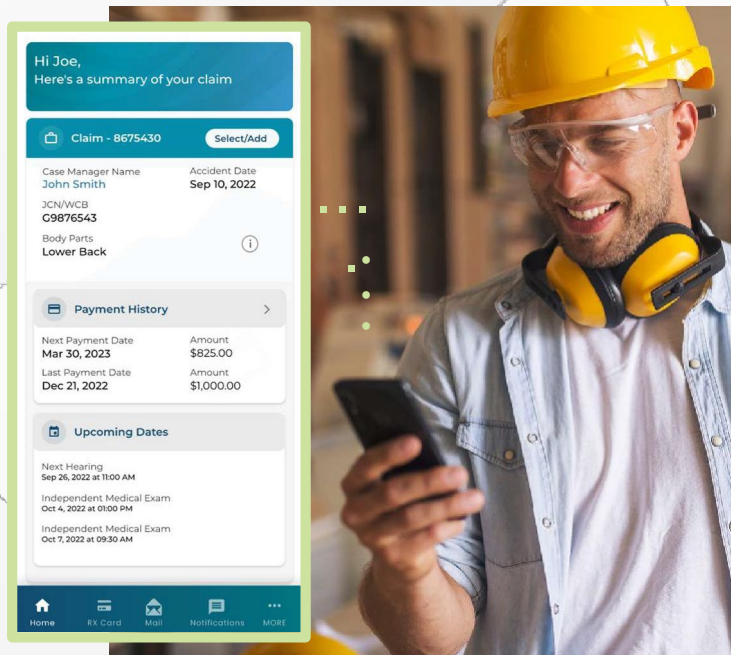
- Status płatności
- Dane kontaktowe osoby zajmującej się sprawą
- Status roszczenia
- Nadchodzące posiedzenia weryfikacyjne i badania lekarskie



LEPSZA KOMUNIKACJA, WIĘKSZA PRZEJRZYSTOŚĆ, WIĘCEJ MOŻLIWOŚCI DLA UŻYTKOWNIKA

Dzięki aplikacji mobilnej NYSIF Claim Mobile App można łatwo wykonać następujące czynności administracyjne:

- Zlokalizować numer roszczenia
- Przeglądać historię płatności
- Podpiąć do konta dodatkowe roszczenia w systemie NYSIF
- Otrzymywać powiadomienia
- Uzyskać dostęp do karty Rx
- Wysłać wiadomości do pracownika zajmującego się sprawą
- Zlecić automatyczną płatność



Zachęcamy do pobrania aplikacji NYSIF Claim Mobile App!

Więcej informacji na stronie nysif.com



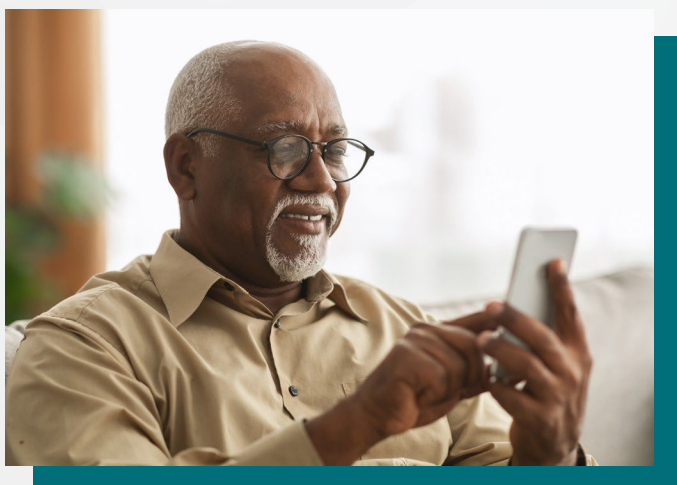


**Wspomagany
Przez Kadre
Pielęgniarską
Program
Zarządzania
Roszczeniami**



Aby pomóc Państwu w procesie powrotu do zdrowia, pielęgniarka lub pielęgniarz NYSIF może skontaktować się z Państwem telefonicznie.

Podczas tej rozmowy pielęgniarka lub pielęgniarz NYSIF może udzielić Państwu wyjaśnień dotyczących informacji związanych z uzyskaniem leczenia, którego Państwo wymagają, a także określić zasoby, z których mogą Państwo skorzystać jako pracownik poszkodowany w wypadku. Pielęgniarka lub pielęgniarz NYSIF może również wyjaśnić korzyści płynące z korzystania z aplikacji mobilnej NYSIF Claim w celu uzyskania dostępu do informacji dotyczących przysługującego Państwu pracowniczego roszczenia o odszkodowanie oraz odpowiedzieć na Państwa pytania na ten temat.



Państwa zdrowie i skuteczna rehabilitacja są naszymi priorytetami – zapraszamy do kontaktu.

Odszkodowanie z tytułu wypadku przy pracy można otrzymywać jako płatność automatyczną!

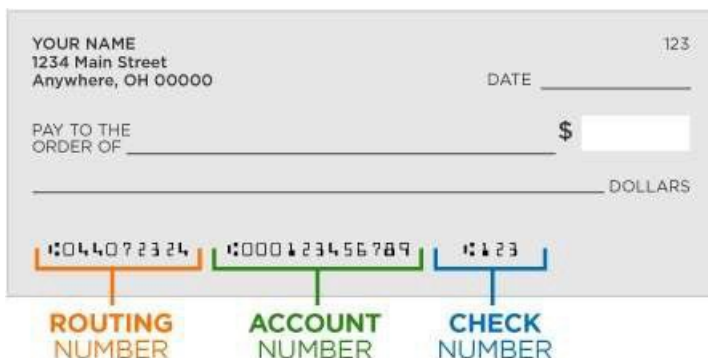
Płatność automatyczna

Fundusz Ubezpieczeniowy Stanu Nowy Jork

NYSIF oferuje automatyczną wpłatę na konto dla osób ubiegających się o odszkodowanie z tytułu wypadku przy pracy. We współpracy z Państwa instytucją finansową NYSIF może wpłacać świadczenia bezpośrednio na Państwa rachunek w banku. Można nawet zdecydować się na rozdzielanie płatności (procentowo) między dwa rachunki bankowe.

WYMAGANIA DOTYCZĄCE TYPU RACHUNKU

Płatność musi trafiać na rachunek bieżący lub oszczędnościowy. Należy wypełnić wszystkie informacje w formularzu płatności automatycznej, w tym numer rozliczeniowy banku i numer rachunku (patrz ilustracja). Jeśli potrzebna jest pomoc, należy skontaktować się z bankiem prowadzącym rachunek.



The illustration shows a check form with the following fields: YOUR NAME (1234 Main Street, Anywhere, OH 00000), DATE (123), PAY TO THE ORDER OF, and an amount field. Below the check number, three numbers are highlighted with brackets and labels: ROUTING NUMBER (044072324), ACCOUNT NUMBER (000123456789), and CHECK NUMBER (123).

ROZWIĄZANIE UMOWY

Umowa pozostaje w mocy do momentu jej rozwiązania. Aby rozwiązać umowę, należy wejść na stronę nysif.com, zarejestrować się jako osoba składająca roszczenie i wybrać opcję „rezygnacja z automatycznej wpłaty”. Ponadto można anulować zgłoszenie chęci otrzymywania automatycznych wpłat, kontaktując się z pracownikiem NYSIF zajmującym się sprawą pod adresem nysif.com, korzystając z naszych szybkich łącz do „Pomocy w zakresie roszczeń”. Umowa może również zostać rozwiązana przez NYSIF lub przez Państwa instytucję finansową. W obu przypadkach kolejne czeki będą wysyłane pocztą. Anulowanie usługi może potrwać do trzech tygodni.

ZMIANY DOTYCZĄCE PAŃSTWA RACHUNKU

Są Państwo odpowiedzialni za powiadomienie NYSIF o wszelkich zmianach dotyczących danych Państwa rachunku bankowego (zmiana numeru rachunku, instytucji finansowej itp.). NYSIF należy powiadomić, składając nowy wniosek o automatyczne wpłaty, dostępny na stronie nysif.com.

Jeśli zmieniają Państwo rachunek lub instytucję finansową, powinni Państwo zachować stary rachunek do momentu, aż na nowy rachunek wpłynie kolejna płatność w formie automatycznego przelewu. Jeśli stary rachunek nie zostanie utrzymany, może wystąpić opóźnienie w płatnościach do momentu wejścia w życie ponowne zatwierdzenie automatycznej wpłaty.

OKRESOWA WERYFIKACJA

NYSIF może okresowo kontaktować się z Państwem w celu weryfikacji informacji dotyczących Państwa rachunku do automatycznych wpłat. Jeśli odbiorca płatności nie żyje, należy niezwłocznie powiadomić NYSIF o tym fakcie.

FUNDUSZ UBEZPIECZENIOWY STANU NOWY JORK WNIOSEK O UPOWAŻNIENIE DO REALIZACJI AUTOMATYCZNYCH PŁATNOŚCI

Aby otrzymać automatyczne płatności świadczeń, należy wypełnić niniejszy formularz w całości i odesłać go na poniższy adres. Więcej informacji na temat praw dotyczących automatycznych płatności można znaleźć na stronie nysif.com/directdeposit. Aby zarejestrować się w systemie automatycznych wpłat, należy wypełnić wszystkie pola.

DANE OSOBOWE (IMIE, DR. IMIE, NAZWISKO):	PRACY:	NR ROSZCZENIA NYSIF Z TYTUŁU URAZU PRZY
ADRES ZAMIESZKANIA (NIE PODAWAĆ NR SKR. POCZT.): _____		
MIASTO: _____	STAN: _____	KOD POCZTOWY (ZIP): _____
Należy wpisać wszystkie informacje, w tym numer konta i numer rozliczeniowy banku. Jeśli potrzebują Państwo pomocy w wypełnieniu tej części, powinni skontaktować się Państwo ze swoją instytucją finansową. Opcjonalnie: Jeśli chcą Państwo podzielić płatności między dwa rachunki bankowe, powinni Państwo wypełnić oba zestawy pól dotyczących banku. Procentowy udział musi wynosić łącznie 100% (na przykład 75% na rachunku nr 1 i 25% na rachunku nr 2). Jeśli Państwa rachunek bankowy będzie niedostępny, należna kwota zostanie wysłana czekiem papierowym.		
RACHUNEK DO AUTOMATYCZNYCH WPŁAT NR 1 (należy wybrać konto bieżące lub oszczędnościowe):		
Bieżące <input type="radio"/>	Oszczędnościowe <input type="radio"/>	Podział: _____ % kwoty czeku
NAZWA INSTYTUCJI FINANSOWEJ: _____		
NR ROZLICZENIOWY: _____	NR RACHUNKU: _____	
RACHUNEK DO AUTOMATYCZNYCH WPŁAT NR 2 (należy wybrać konto bieżące lub oszczędnościowe):		
Bieżące <input type="radio"/>	Oszczędnościowe <input type="radio"/>	Podział: _____ % kwoty czeku
NAZWA INSTYTUCJI FINANSOWEJ: _____		
NR ROZLICZENIOWY: _____	NR RACHUNKU: _____	
POŚWIADCZENIE I UPOWAŻNIENIE DEPOZYTORA/ODBIORCY PŁATNOŚCI		
Podpisując ten formularz, upoważniam NYSIF do przekazania płatności do wyżej wymienionej instytucji finansowej (instytucji finansowych) w celu wpłaty na wyznaczony rachunek (rachunki). Oświadczam, że jestem osobą uprawnioną do otrzymania podstawowych płatności odszkodowawczych lub środków z tytułu ugody, a okoliczności uprawniające mnie do świadczeń z NYSIF nie uległy zmianie. W przypadku zmiany okoliczności mających wpływ na uprawnienia do otrzymywania płatności, mam obowiązek powiadomić NYSIF o tym fakcie. Rozumiem, że aby złożyć wniosek o automatyczną wpłatę, muszę podać adres e-mail. Składając ten wniosek, wyrażam zgodę na otrzymywanie powiadomień elektronicznych na podany adres e-mail.		
PODPIS: _____	DATA: _____	

WYPEŁNIONY WNIOSEK NALEŻY PRZESŁAĆ NA ADRES:

NYSIF
PO Box 66699
Albany, NY 12206