



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

Il Comitato infortuni sul lavoro dello Stato di New York (New York State Workers' Compensation Board), di seguito denominato Comitato, ha ricevuto comunicazione dell'infortunio di cui siete rimasti vittima sul lavoro, pertanto ha aperto a nome vostro un caso di indennizzo 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** 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**

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. Ha mai sofferto di altre lesioni alla stessa parte del corpo o di malattie simili? 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 del modulo C-3, “Richiesta di indennizzo da parte del dipendente”

Per richiedere l'indennità lavorativa a seguito di infortunio sul lavoro, compilare il presente modulo e inviarlo al proprio ufficio distrettuale (DO) locale della Workers' Compensation Board. L'elenco completo degli indirizzi è reso in calce a queste istruzioni. Se si necessita di ulteriore assistenza nella compilazione del presente modulo, contattare la Workers' Compensation Board al numero 1-877-632-4996. È anche possibile compilare online lo stesso modulo all'indirizzo: [http:// www.wcb.ny.gov/](http://www.wcb.ny.gov/)

Lasciare il campo in bianco qualora non si disponga o non si conosca il numero della propria pratica presso la Workers' Compensation Board. Non è obbligatorio procedere con la richiesta. Non dimenticare di inserire il proprio nome e la data dell'infortunio / della malattia sulla parte superiore di pagina due.

Sezione A – Informazioni personali (Dipendente):

- Campo 1:** Inserire il proprio nome per esteso, comprensivo di nome di battesimo, iniziali del secondo nome e cognome.
- Campo 2:** Inserire la propria data di nascita nel formato mese/giorno/anno. Inserire l'anno in quattro cifre.
- Campo 3:** Inserire il proprio indirizzo postale, comprensivo di casella postale (se applicabile), città o località, Stato e codice di avviamento postale (CAP).
- Campo 4:** Inserire il proprio numero di previdenza sociale. Questo numero è molto importante per poter prendere più velocemente in esame la richiesta.
- Campo 5:** Indicare il numero di telefono principale, comprensivo di prefisso. Sono ammessi anche i numeri di cellulare.
- Campo 6:** Indicare il proprio sesso (maschio o femmina).
- Campo 7:** Le sedute della Workers' Compensation Board si tengono in lingua inglese. La Workers' Compensation Board può fornire servizio di interpretariato nel caso in cui si necessiti di assistenza linguistica per comprendere la procedura. Barrare la casella “Sì” e indicare la lingua per cui si richiede il servizio.

Sezione B – Informazioni sul datore di lavoro:

- Campo 1:** Indicare il datore di lavoro per cui si stava lavorando al momento dell'infortunio o dell'insorgenza della malattia.
- Campo 2:** Inserire il numero di telefono di detto datore di lavoro; inserire il numero di telefono principale o il numero del proprio supervisore.
- Campo 3:** Inserire l'indirizzo del datore di lavoro, comprensivo di casella postale (se applicabile), città o località, Stato e codice di avviamento postale (CAP).
- Campo 4:** Indicare la data in cui è avvenuta l'assunzione presso il suddetto datore di lavoro.
- Campo 5:** Inserire il nome del proprio supervisore diretto, a cui si fa regolarmente riferimento.
- Campo 6:** Nel caso si abbia più di un lavoro, indicare il nome e l'indirizzo di tutti gli altri datori di lavoro, escluso il datore di lavoro presso cui è avvenuto l'infortunio. Nel caso si necessiti di ulteriore spazio per scrivere, allegare un foglio separato.
- Campo 7:** Barrare la casella “Sì” nel caso in cui si siano dovute perdere ore lavorative anche presso altri datori di lavoro a seguito dell'infortunio o della malattia; altrimenti barrare la casella “No”.

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

- Campo 1:** Indicare l'attuale qualifica professionale o la natura delle mansioni svolte (es. magazziniere).
- Campo 2:** Indicare le tipiche attività lavorative svolte per tale qualifica (es. mantenere l'inventario, scaricare camion, ecc.).
- Campo 3:** Barrare la casella con la tipologia di contratto lavorativo.
- Campo 4:** Inserire la retribuzione lorda (ante imposte) per periodo di retribuzione.
- Campo 5:** Indicare la frequenza con cui si riceveva la busta paga (settimanale, bisettimanale, ecc.).
- Campo 6:** Indicare se si usufruiva anche di alloggio o mance in aggiunta alla normale retribuzione. In caso positivo, descrivere brevemente.

Sezione D – Informazioni sull'infortunio o sulla malattia

- Campo 1:** Inserire la data in cui è avvenuto l'infortunio o la data in cui per la prima volta si è notata l'insorgenza della malattia. Inserire la data nel formato mese/giorno/anno. Inserire l'anno in quattro cifre. Nel caso di malattia o patologia dovuta all'attività lavorativa, passare al campo 2.
- Campo 2:** Inserire l'ora in cui è avvenuto l'infortunio. Barrare la casella AM se l'infortunio è avvenuto prima di mezzogiorno, o la casella PM se è avvenuto dopo mezzogiorno.
- Campo 3:** Indicare il luogo in cui è avvenuto l'infortunio / la malattia, includendo l'indirizzo dell'edificio e la posizione fisica dell'edificio in cui è avvenuto l'infortunio / la malattia.
- Campo 4:** Indicare se si era soliti lavorare presso detto luogo. In caso negativo, spiegare i motivi per cui ci si trovava presso detto luogo.
- Campo 5:** Descrivere in dettaglio che cosa si stava facendo al momento dell'infortunio / della malattia (es. scaricare a mano scatole da un camion). Ciò permetterà di conoscere gli eventi che hanno portato all'infortunio.
- Campo 6:** Descrivere in dettaglio come ci si è procurati l'infortunio / la malattia (es. stavo sollevando una scatola pesante dal camion). La descrizione deve includere tutte le persone coinvolte e i fatti accaduti durante l'infortunio / la malattia.
- Campo 7:** Indicare in maniera esaustiva la natura e l'entità dell'infortunio / della malattia, incluse tutte le parti del corpo interessate nell'infortunio. Cercare di essere il più specifici possibile. (es. Mi sono procurato uno stiramento alla schiena cercando di sollevare una scatola pesante. Adesso ho problemi a piegarmi o a sollevare persino gli oggetti più leggeri.)
- Campo 8:** Indicare l'eventuale coinvolgimento durante l'incidente di oggetti DIVERSI DA veicoli a motore dotati di licenza. Tali oggetti possono includere attrezzi (es. martello), sostanze chimiche (es. acidi), macchinari (es. carrello elevatore o trapano a colonna), ecc.
- Campo 9:** Indicare l'eventuale coinvolgimento durante l'incidente di veicoli a motore dotati di licenza. In caso positivo, barrare la casella relativa alla proprietà di detto veicolo: personale, del datore di lavoro o appartenente a terzi. Includere il numero di targa (se noto). Nel caso il proprio veicolo personale sia stato coinvolto nell'infortunio, inserire il nome e l'indirizzo della propria compagnia assicurativa per la responsabilità civile automobilistica.
- Campo 10:** Barrare la relativa casella in caso si abbia già comunicato al proprio datore di lavoro o supervisore la notifica di infortunio o malattia. In caso positivo, indicare a chi è stata comunicata la notifica e se tale comunicazione è avvenuta a voce o per iscritto. Includere la data della notifica.
- Campo 11:** Barrare la relativa casella se ci sono persone che hanno assistito all'infortunio. In caso positivo, includere il nome di tali persone.

Sezione E – Ritorno al lavoro:

- Campo 1:** Nel caso in cui si sia smesso di lavorare a causa dell'infortunio / della malattia, barrare la casella “Sì” e indicare la data in cui si è smesso di lavorare. In caso contrario, barrare la casella “No” e passare alla prossima sezione.
- Campo 2:** Barrare la casella “Sì” se si è già tornati al lavoro. Indicare anche la data in cui si è ripreso a lavorare e se si è tornati alle proprie regolari mansioni, oppure se si hanno mansioni limitate o ridotte. (Se non si è tornati a svolgere tutte le mansioni lavorative precedenti all'infortunio, barrare la casella “Mansioni limitate”).

Sezione E – Ritorno al lavoro (continua):

Campo 3: Nel caso si sia già tornati al lavoro, indicare per chi si sta lavorando ora.

Campo 4: Inserire la propria retribuzione lorda (ante imposte) per periodo di retribuzione per il lavoro attualmente svolto. Indicare la frequenza con cui si riceve la busta paga (settimanale, bisettimanale, ecc.).

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

Campo 1: Nel caso in cui non si sia ricevuto alcun trattamento medico per detto infortunio/malattia, barrare la casella “Nessun trattamento ricevuto” e passare al campo 5. In caso contrario, inserire la data del primo trattamento ricevuto per detto infortunio/malattia e completare la restante parte della sezione.

Campo 2: Barrare la relativa casella se il primo trattamento per l'infortunio o la malattia è avvenuto sul posto di lavoro.

Campo 3: Barrare la casella relativa al luogo in cui è avvenuto il primo trattamento non effettuato sul posto per l'infortunio o la malattia. Includere il nome e l'indirizzo della struttura, insieme al numero di telefono (comprensivo di prefisso).

Campo 4: Se si è ancora sottoposti a trattamento per lo stesso infortunio o malattia, barrare la casella “Sì” e indicare il nome e l'indirizzo del medico (o dei medici) che ha fornito il trattamento, insieme al numero di telefono (comprensivo di prefisso); in caso contrario, barrare la casella “No”.

Campo 5: Se si ritiene di aver già sostenuto un infortunio alla stessa parte del corpo o di aver già sofferto di una malattia simile, barrare la casella “Sì” e indicare se si è stati curati da un medico per detto infortunio o malattia. Nel caso si sia stati curati da un medico, indicare il nome e l'indirizzo di ogni medico che ha prestato le cure; **compilare e presentare il Modulo C-3.3 insieme al presente modulo.**

Campo 6: In caso di infortuni o malattie precedenti, indicare se tali infortuni o malattie erano correlati alla professione. In caso positivo, indicare se l'infortunio o la malattia è avvenuto mentre si lavorava per l'attuale datore di lavoro.

Firmare il Modulo C-3 nel campo contrassegnato come “Firma del dipendente” a pagina 2, quindi scrivere il proprio nome in stampatello e inserire la data in cui si è sottoscritto il modulo. Nel caso in cui una terza parte apponga la propria firma in rappresentanza del dipendente, tale persona dovrà firmare sulla seconda riga prevista per la firma. Nel caso in cui si usufruisca di assistenza legale, l'avvocato o il professionista **dovrà obbligatoriamente** completare e firmare la relativa sezione di certificazione a fine di pagina 2.

Procedura da seguire in caso di infortuni sul lavoro o malattie legate alla professione:

1. Comunicare immediatamente al proprio datore di lavoro o supervisore dove, come e quando è avvenuto l'infortunio.
2. Cercare subito assistenza medica.
3. Chiedere al proprio medico di presentare i referti alla Workers' Compensation Board e al proprio datore di lavoro o alla sua compagnia assicurativa.
4. Compilare la presente richiesta in tutte le sue parti e inviarla al più vicino ufficio della Workers' Compensation Board. (cfr. di seguito).
La mancata presentazione della documentazione entro due anni dalla data dell'infortunio comporta un probabile rigetto della richiesta. Se si necessita di assistenza nella compilazione del presente modulo, telefonare o recarsi presso la più vicina agenzia della Workers' Compensation Board tra quelle elencate di seguito.
5. Presenziare a tutte le sedute quando richiesto.
6. Tornare al lavoro non appena si è in grado di svolgere nuovamente le proprie mansioni; l'indennità non è mai superiore alla normale retribuzione.

I diritti del dipendente:

1. In generale, i dipendenti hanno il diritto al trattamento da parte di un medico di propria scelta, purché autorizzato dalla Workers' Compensation Board. Nel caso in cui il proprio datore di lavoro faccia parte di un'organizzazione di prestatori di assistenza sanitaria convenzionati (PPO), si dovrà ricevere il trattamento iniziale da parte del membro di tale organizzazione deputato a fornire assistenza medica in caso di infortuni sul lavoro.
2. NON sostenere le spese né per il proprio medico né per l'ospedale. Tali spese saranno interamente sostenute dalla compagnia assicurativa nel caso in cui non ci siano controversie sulla pratica. In caso di controversie, invece, il medico o l'ospedale dovranno attendere la decisione della Workers' Compensation Board sulla vostra pratica prima di ricevere il pagamento. In caso di abbandono della pratica o di mancata approvazione da parte della Workers' Compensation Board, le spese del medico o dell'ospedale saranno a carico del dipendente.
3. I dipendenti hanno anche diritto al rimborso di medicinali, stampelle o altre attrezzature debitamente prescritte dal medico, nonché al rimborso delle spese di trasporto o altre spese necessarie, sostenute per il tragitto dallo studio medico o dall'ospedale. (Conservare tutte le ricevute relative a tali spese.)
4. I dipendenti hanno diritto all'indennità nel caso in cui l'infortunio non consenta di recarsi al lavoro per oltre sette giorni, obblighi a lavorare per una retribuzione minore o comporti una disabilità permanente a qualsiasi parte del corpo.
5. L'indennità verrà corrisposta direttamente, senza attendere eventuali premi assicurativi, a meno di controversie sulla pratica.
6. I lavoratori o i dipendenti che hanno subito un infortunio possono usufruire dell'assistenza legale di un avvocato o di un professionista munito di licenza, oppure autorappresentarsi davanti alla Workers' Compensation Board. Nel caso in cui si decida di affidarsi ad un avvocato o professionista munito di licenza, la parcella per le prestazioni legali fornite sarà presa in esame dalla Workers' Compensation Board e, in caso di approvazione, sarà pagata dal datore di lavoro o dalla compagnia assicurativa tramite l'eventuale indennità lavorativa dovuta. I lavoratori infortunati o le persone a carico di lavoratori deceduti non devono emettere alcun pagamento diretto all'avvocato o professionista munito di licenza responsabili della propria pratica di indennizzo.
7. Nel caso si necessiti di assistenza per tornare a lavoro o per i problemi familiari o economici conseguenti all'infortunio, contattare la più vicina agenzia della Workers' Compensation Board e chiedere di parlare con un consulente per la riabilitazione o un operatore sociale.

Per depositare il modulo, inviarlo direttamente all'indirizzo riportato di seguito:

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

Numero verde gratuito Assistenza Clienti: 877-632-4996

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 rivolgerci 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.

<p>Fondo Assicurativo Stato di New York (NYSIF)</p> <p align="center">Attenzione: Tutti i campi sottostanti devono essere compilati.</p> <p>NOME DATORE DI LAVORO:</p> <hr/> <p>N. DI POLIZZA NYSIF WORKERS' COMPENSATION DEL DATORE DI LAVORO:</p> <hr/> <p>DATA INFORTUNIO: ____ / ____ / ____ (MM/GG/AAAA)</p> <p>DATA DI NASCITA LAVORATORE INFORTUNATO: ____ / ____ / ____ (MM/GG/AAAA)</p> <p>N. ASSICURAZIONE SANITARIA DELL'INFORTUNATO:</p> <hr/>	<p>Gruppo: NYSIF</p> <p>NOME LAVORATORE INFORTUNATO:</p> <hr/> <p>NOME 2° NOME COGNOME</p> <p>INDIRIZZO DELL'INFORTUNATO:</p> <hr/> <p>VIA</p> <hr/> <p>CITTA', CAP</p> <p><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></p>
--	--

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

ACCREDITO DIRETTO

NYSIF offre ai richiedenti l'accredito diretto per poter ricevere l'indennità lavorativa. In collaborazione con gli istituti finanziari, NYSIF può accreditare il versamento direttamente sul proprio conto bancario. E' possibile anche scegliere di distribuire i versamenti su due conti bancari (in percentuale).

REQUISITI PER LA TIPOLOGIA DI CONTO

E' necessario effettuare il versamento in un conto Corrente o di Risparmio. Inserire tutte le informazioni nel modulo di accredito diretto, includendo le coordinate bancarie e il numero di conto bancario (vedi figura). Contattare la propria banca per assistenza.

The diagram shows a check form with the following fields and labels:

- YOUR NAME:** 1234 Main Street, Anywhere, OH 00000
- DATE:** _____
- PAY TO THE ORDER OF:** _____
- \$:** _____
- DOLLARS:** _____
- ROUTING NUMBER:** 044072324 (labeled as Cod. bancario)
- ACCOUNT NUMBER:** 000123456789 (labeled as N. conto)
- CHECK NUMBER:** 123

ANNULLAMENTO

Il presente accordo rimane effettivo fino ad annullamento. Per l'annullamento, visitare nysif.com, registrarsi come richiedente e selezionare l'opzione "unsubscribe from direct deposit" ("annullamento dell'accredito diretto"). Inoltre, è possibile effettuare l'annullamento contattando il responsabile della propria pratica tramite nysif.com, utilizzando i nostri Quick Links (Links Rapidi) in "Get Claims Help" ("Richiedi Assistenza") Il presente accordo può essere annullato anche da NYSIF o dal proprio istituto bancario. In entrambi i casi, riceverà gli assegni successivi per posta. L'annullamento può essere elaborato in un massimo di 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:** _____

Inserire tutte le informazioni, includendo il numero di conto bancario e le coordinate bancarie. Contattare il proprio istituto bancario in caso si necessita di assistenza nel compilare la sezione. **Facoltativo:** Se si desidera dividere i versamenti su due conti bancari, compilare entrambi i campi relativi agli istituti bancari. La percentuale di distribuzione deve avere un totale del 100% (per esempio, il 75% nel primo conto e il 25% nel secondo conto). Nel caso in cui il suo conto bancario non fosse più disponibile, l'importo dovuto sarà inviato tramite assegno.

CONTO DI ACCREDITO DIRETTO n.1 (scegliere il conto corrente o di risparmio): [] Conto corrente [] Conto di Risparmio

Distribuzione _____ % dell'assegno

NOME DELL'ISTITUTO FINANZIARIO: _____

Coordinate: _____ Conto n.: _____

CONTO DI ACCREDITO DIRETTO n.2 (scegliere il conto corrente o di risparmio): [] Conto corrente [] Conto di Risparmio

Distribuzione _____ % dell'assegno

NOME DELL'ISTITUTO FINANZIARIO: _____

Coordinate: _____ Conto n.: _____

CERTIFICAZIONE E AUTORIZZAZIONE DEL DEPOSITANTE/BENEFICIARIO

Firmando il presente modulo, autorizzo NYSIF all'accredito diretto presso (gli) l'istituto finanziario(i) indicato(i) sopra per l'accredito nel(i) conto(i) bancario(i) scelto(i). Certifico che ho diritto a ricevere le indennità o i benefici stabiliti, e che le circostanze che mi danno diritto alle indennità da parte di NYSIF non sono cambiate. Nel caso in cui le circostanze che mi danno diritto alle indennità cambiassero, invierò notifica a NYSIF. Comprendo che per richiedere l'accredito diretto, devo fornire un indirizzo email. Inviando la presente richiesta, acconsento a ricevere notifiche elettroniche all'indirizzo email fornito.

FIRMA: _____ **DATA:** _____

SPEDIRE LA RICHIESTA COMPILATA A:

NYSIF

PO Box 66699

Albany, NY 12206