

Odniosłeś/-aś obrażenia w pracy. Co teraz?

Osoby, które odniosły obrażenia w miejscu pracy lub cierpią na chorobę zawodową mogą być uprawnione do zasiłku z tytułu odszkodowania pracowniczego. Być może skorzystali już Państwo z pomocy medycznej. W przeciwnym razie należy niezwłocznie zwrócić się o pomoc medyczną.

W celu uzyskania pomocy dotyczącej roszczenia należy zadzwonić do **Komisji ds. odszkodowań pracowniczych (Workers' Compensation Board)** pod nr **(877) 632-4996**.

Obowiązki wnioskodawcy

- Należy pisemnie powiadomić pracodawcę o dacie, miejscu oraz sposobie odniesienia obrażenia. Należy dokonać tego niezwłocznie, w ciągu 30 dni od daty obrażenia.
- Należy powiadomić dostawcę opieki medycznej o odniesieniu obrażenia związanego z pracą i podać nazwisko pracodawcy. Nie należy płacić za opiekę medyczną ani korzystać z innego ubezpieczenia zdrowotnego. Dostawca opieki medycznej złoży raporty medyczne do Komisji oraz pracodawcy lub jego ubezpieczyciela. W przypadku sporu w sprawie obrażenia Komisja potrzebuje raport medyczny dotyczący obrażenia, aby przystąpić do rozwiązywania sprawy.
- Należy złożyć **Employee Claim (Wniosek pracownika, formularz C-3P)**, niezwłocznie zgłaszając obrażenie do Komisji (należy powiadomić Komisję o obrażeniu lub chorobie w ciągu dwóch lat). W przypadku wcześniejszego obrażenia dotyczącego tej samej części ciała lub podobnej choroby należy również złożyć formularz **Limited Release of Health Information** (Ograniczony zakres ujawniania informacji o stanie zdrowia, formularz C-3.3P).

Dwa sposoby złożenia skargi

Przejdź na stronę wcb.ny.gov i wybierz opcję File a Claim (złóż skargę).

Wypełnij załączony/-e papierowy/-e formularz(e) i wyślij pocztą do Komisji.

W przypadku pytań dotyczących wypełniania **Wniosek pracownika (formularz C-3P)** należy dzwonić pod nr **(877) 632-4996** w celu uzyskania pomocy przedstawiciela Komisji.

Rachunki za opiekę zdrowotną i podróż

Nie należy płacić dostawy opieki medycznej ani szpitalowi za leczenie tego obrażenia/choroby. Rachunki te są opłacane przez ubezpieczyciela, chyba że Komisja wyda decyzję stwierdzającą, że roszczenie jest bezzasadne. W przypadku sporu dostawca opieki medycznej otrzyma zapłatę, jeśli Komisja rozstrzygnie sprawę na korzyść wnioskodawcy. *Jeśli Komisja podejmie decyzję na niekorzyść lub w przypadku braku kontynuowania sprawy, wnioskodawca będzie musiał zapłacić dostawcy usług medycznych lub szpitalowi (lub przekazać płatność do własnego ubezpieczyciela).*

Ubezpieczenie z tytułu odszkodowań pracowniczych pracodawcy pokrywa niezbędne ze względów medycznych lekarstwa oraz sprzęt przepisany przez dostawcę usług medycznych. Istnieje również możliwość zwrotu kosztów kilometrówki, transportu publicznego lub innych niezbędnych wydatków poniesionych podczas podróży na leczenie. Należy uzyskać rachunki za te wydatki i przesłać je do ubezpieczyciela ds. odszkodowań pracowniczych przy użyciu **Claimant's Record of Medical and Travel Expenses and Request for Reimbursement** (Dokumentacji kosztów leczenia oraz podróży wnioskodawcy oraz wniosku o zwrot kosztów, formularz C-257P).

PAKIET INFORMACYJNY DLA WNIOSKODAWCY

Ogólnie istnieje możliwość wyboru dowolnego dostawcy usług medycznych, pod warunkiem, że jest zatwierdzony przez Komisję. Zatwierdzonych dostawców opieki medycznej w danym obszarze można znaleźć przy użyciu funkcji „Find a Doctor” (znajdź lekarza) na stronie internetowej Komisji pod adresem wcb.ny.gov. Można również skorzystać z ośrodków medycyny pracy. Jeśli jednak ubezpieczyciel ds. odszkodowań pracowniczych pracodawcy posiada preferowanego dostawcę (Preferred Provider Organization, PPO) świadczącego opiekę w przypadku obrażeń w ramach odszkodowań pracowniczych, należy uzyskać wstępne leczenie w sieci placówek PPO. Jeśli ten ubezpieczyciel posiada również aptekę lub ośrodki diagnostyczne, należy skorzystać z ich usług. Ubezpieczyciel musi poinformować o wymaganej sieci dostawców oraz sposobie korzystania z ich usług.

Zasiłek za utraconą pensję

Wnioskodawca jest upoważniony do części utraconej pensji, która musi zostać niezwłocznie wypłacona, jeśli obrażenie wpływa na wnioskodawcę na co najmniej jeden z poniższych sposobów:

1. Powoduje nieobecność w pracy przez co najmniej siedem dni.
2. Część ciała jest całkowicie niepełnosprawna.
3. Wynagrodzenie jest ograniczone z powodu mniejszej liczby godzin pracy lub innego rodzaju pracy.

Istnieje możliwość zatrudnienia adwokata lub licencjonowanego przedstawiciela, który zapewni pomoc dotyczącą roszczenia, jednak nie jest to wymagane. Komisja ustala swoje stawki, które zostaną potrącone z zasiłku z tytułu utraty pensji. Wnioskodawca ani jego rodzina nie powinni dokonywać bezpośredniej zapłaty na rzecz adwokata lub licencjonowanego przedstawiciela.

W przypadku sporu dotyczącego sprawy istnieje możliwość uzyskania zasiłku z tytułu niepełnosprawności podczas rozpatrywania sprawy. Aby uzyskać formularz **Notice and Proof of Claim for Disability Benefits** (Zawiadomienie i dowód roszczenia o zasiłki z tytułu niezdolności do pracy, formularz DB-450P) należy odwiedzić stronę wcb.ny.gov; zadzwonić do Komisji w celu uzyskania pomocy; lub odwiedzić biuro Komisji. W przypadku rozstrzygnięcia sprawy na korzyść wnioskodawcy zasiłek z tytułu niepełnosprawności zostanie potrącony z zasiłku za utraconą pensję.

Dostępna pomoc

Czasami niezbędna jest pomoc w powrocie do pracy. Pracodawca może oferować alternatywne lub lżejsze obowiązki umożliwiające pracę podczas powrotu do zdrowia. Obrażenie może również powodować problemy rodzinne lub finansowe. Komisja ma doradców ds. rehabilitacji zawodowej oraz pracowników społecznych oferujących pomoc. Należy zadzwonić do Komisji w celu uzyskania informacji o dostępnych usługach i pomocy.

W przypadku obaw dotyczących uzależnienia od opioidowych leków przeciwbólowych prosimy o kontakt z infolinią NYS OASAS HOPELine pod nr **877-8-HOPENY (877-846-7369)**.

Dalsze kroki

Pracodawca lub jego ubezpieczyciel ds. odszkodowań pracowniczych skontaktuje się w przypadku zatwierdzenia roszczenia. Następnie dostawca usług medycznych otrzyma zapłatę i rozpocznie się okres wypłacania zasiłków za utraconą pensję. W przypadku sporu w sprawie Komisja powiadomi o rozwiązaniu sprawy i może żądać dodatkowych informacji w razie konieczności.

WAŻNE INFORMACJE KONTAKTOWE

Komisja ds. odszkodowań
pracowniczych, włączając zasiłki
z tytułu niepełnosprawności

(877) 632-4996

general_information@wcb.ny.gov

wcb.ny.gov



Aplikacja eCase Komisji umożliwia wyświetlanie zawartości akt sprawy online. W celu uzyskania informacji ogólnych lub zarejestrowania się w eCase zapraszamy na stronę internetową Komisji pod adresem wcb.ny.gov.



**Workers'
Compensation
Board**



Prosimy wypełnić niniejszy formularz w celu zgłoszenia wniosku o świadczenia z tytułu odszkodowania pracowniczego za doznany uraz lub wystąpienie choroby powiązanej z wykonywaniem pracy. Formularz należy czytelnie wypełniać wielkimi literami lub wydrukować. Niniejszy formularz można wypełnić w trybie online na stronie internetowej www.wcb.ny.gov.

Nr sprawy WCB (jeżeli jest znany): _____

A. DANE PRACOWNIKA

1. Imię i nazwisko: _____ 2. Data urodzenia: _____ / _____ / _____
Pienwsze Inicjał drugiego Nazwisko
3. Adres pocztowy: _____
Ulica i nr domu/Skrytka pocztowa Miejscowość Stan Kod pocztowy
4. Numer ubezpieczenia społecznego: _____ 5. Nr telefonu: (____) _____ 6. Płeć: ☐ Mężczyzna ☐ Kobieta
7. Czy w razie stawiennictwa przed Komisją będzie Pan/Pani potrzebować tłumacza? ☐ Tak ☐ Nie Jeżeli tak, jakiego języka? _____

B. PRACODAWCA(-Y)

1. Pracodawca, u którego doszło do wypadku: _____ 2. Nr telefonu: (____) _____
3. Adres firmy: _____
Ulica i nr domu Miejscowość Stan Kod pocztowy
4. Data zatrudnienia: _____ / _____ / _____ 5. Imię i nazwisko przełożonego: _____
6. Prosimy podać nazwy/adresy pozostałych pracodawców z okresu, w którym doszło do urazu/choroby: _____

7. Czy wskutek urazu/choroby doszło do utraty pracy u pozostałych pracodawców? ☐ Tak ☐ Nie

C. ZAWÓD/STANOWISKO w dniu powstania urazu lub wystąpienia choroby

1. Prosimy podać nazwę zawodu/stanowiska lub jego opis. _____
2. Jakie rodzaje zadań i czynności wykonywał(-a) Pan/Pani zazwyczaj w pracy? _____

3. Prosimy podać wymiar pracy. (zaznaczyć jedną odpowiedź) ☐ W pełnym wymiarze ☐ W niepełnym wymiarze ☐ Sezonowa ☐ Wolontariat
☐ Inne: _____
4. Ile wynosiły zarobki brutto (przed odliczeniem podatków) za okres wynagradzania? ____ 5. Jak często było wypłacane wynagrodzenie? _____
6. Czy oprócz wynagrodzenia otrzymywał(-a) Pan/Pani zakwaterowanie lub napiwki? ☐ Tak ☐ Nie Jeżeli tak, prosimy opisać: _____

D. URAZ LUB CHOROBA

1. Data powstania urazu lub wystąpienia choroby: _____ / _____ / _____ 2. Godzina doznania urazu: _____ ☐ przed południem ☐ po południu
3. Gdzie doszło do urazu/wystąpienia choroby? (np. 1 Main Street, Pottersville, w drzwiach wejściowych) _____

4. Czy było to Pana/Pani normalne miejsce pracy? ☐ Tak ☐ Nie Jeżeli nie, dlaczego znajdował(-a) się Pan/Pani w tym miejscu? _____

5. Co robił(-a) Pan/Pani w momencie doznania urazu/wystąpienia choroby? (np. rozładowywanie ciężarów, pisanie raportu) _____

6. Jak doszło do urazu/wystąpienia choroby? (np. potknąłem się o rurę i upadłem na podłogę) _____

7. Prosimy dokładnie wyjaśnić charakter urazu/choroby, wymienić dotknięcie nim/nią części ciała (np. skręcona lewa kostka i rana na czole): _____



D. URAZ LUB CHOROBA (cd.)

8. Czy w powstaniu urazu/wystąpieniu choroby miał udział jakiś przedmiot (np. wózek widłowy, młotek, kwas)? ☐ Tak ☐ Nie Jeżeli tak, podać jaki: _____
9. Czy uraz był wynikiem korzystania lub obsługi zatwierdzonego pojazdu silnikowego? ☐ Tak ☐ Nie
 Jeżeli tak, ☐ pojazd poszkodowanego ☐ pojazd pracodawcy ☐ inny pojazd ☐ Nr tablicy rejestracyjnej (jeżeli jest znany): _____
 Jeżeli w wypadku brał udział Pana/Pani pojazd, prosimy podać nazwę i adres ubezpieczyciela pojazdu: _____
10. Czy powiadomił(-a) Pan/Pani pracodawcę (lub przełożonego) o urazie/chorobie? ☐ Tak ☐ Nie
 Jeżeli tak, kto został powiadomiony: _____ ☐ ustnie ☐ na piśmie Data powiadomienia: _____/_____/_____
11. Czy ktokolwiek widział wypadek/moment doznania urazu? ☐ Tak ☐ Nie ☐ Osoba(-y) nieznan(-e)
 Jeżeli tak, prosimy podać imiona i nazwiska: _____

E. POWRÓT DO PRACY

1. Czy przerwał(-a) Pan/Pani pracę ze względu na uraz/chorobę? ☐ Jeżeli tak, prosimy podać datę: ____/____/____ ☐ Nie; prosimy przejść do sekcji F.
2. Czy powrócił(-a) Pan/Pani do pracy? ☐ Tak ☐ Nie Jeżeli tak, prosimy podać datę: ____/____/____
☐ pełen zakres obowiązków ☐ ograniczony zakres obowiązków
3. Jeżeli doszło do powrotu do pracy, dla którego pracodawcy Pan/Pani teraz pracuje? ☐ Ten sam pracodawca ☐ Nowy pracodawca ☐ Samozatrudnienie
4. Ile wynoszą zarobki brutto (przed odliczeniem podatków) za okres wynagradzania? _____ Jak często jest wypłacane wynagrodzenie? _____

F. LECZENIE DOZNANEGO URAZU LUB CHOROBY

1. Prosimy podać datę pierwszego udzielenia pomocy medycznej: ____/____/____ ☐ Brak pomocy (prosimy przejść do pytania F-5)
2. Czy pomocy medycznej udzielono na miejscu? ☐ Tak ☐ Nie
3. Gdzie uzyskał(-a) Pan/Pani po raz pierwszy pomoc medyczną poza miejscem powstania urazu/wystąpienia choroby? ☐ Nie uzyskałem(-am) żadnej pomocy ☐ Pogotowie ratunkowe ☐ Gabinet lekarski ☐ Klinika/szpital/szpitalny oddział ratunkowy ☐ Ponad 24-godzinny pobyt w szpitalu Nazwa i adres instytucji udzielającej pierwszej pomocy medycznej: _____
 _____ Nr telefonu: (____) _____
4. Czy nadal jest Pan/Pani leczony(-a) z powodu tego urazu/choroby? ☐ Tak ☐ Nie
 Prosimy podać imię i nazwisko lekarza(-y) leczącego(-ych) Pana/Panią z powodu tego urazu/choroby: _____
 _____ Nr telefonu: (____) _____
5. Czy doznałeś(-aś) kolejnego urazu tej samej części ciała lub podobnej choroby? ☐ Tak ☐ Nie
 Jeżeli tak, czy lekarz prowadził leczenie? ☐ Tak ☐ Nie Jeżeli tak, prosimy podać imiona i nazwiska oraz adresy lekarzy prowadzących leczenie oraz

WYPEŁNIĆ I WYSLAĆ FORMULARZ C-3.3 RAZEM Z TYM FORMULARZEM.

6. Czy poprzedni uraz/choroba był(-a) związany(-a) z wykonywaniem pracy? ☐ Tak ☐ Nie
 Jeżeli tak, czy pracował(-a) Pan/Pani dla tego samego pracodawcy, co obecnie? ☐ Tak ☐ Nie

Niniejszym składam wniosek o przyznanie mi świadczeń w oparciu o przepisy dotyczące odszkodowań za wypadki przy pracy (WCL). Złożonym podpisem potwierdzam, że podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą i dokładne, zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem.

Każda osoba, która świadomie i z INTENCJĄ POPEŁNIENIA OSZUSTWA przedstawia informacje, powoduje ich przedstawienie lub przygotowuje je dysponując wiedzą lub przekonaniem, że będą przedstawione ubezpieczycielowi lub samoubezpieczającemu lub też przez ubezpieczyciela bądź samoubezpieczającego takie informacje, które zawierają NIEPRAWDZIWE ISTOTNE DANE oraz każda osoba, która zatai istotne fakty, ZOSTANIE UZNANA WINNĄ PRZESTĘPSTWA i poddana wysokim KAROM PIENIĘŻNYM ORAZ POZBAWIENIA WOLNOŚCI.

Podpis pracownika: _____ Nazwisko (wielkimi literami): _____ Data: ____/____/____
 W imieniu pracownika: _____ Nazwisko (wielkimi literami): _____ Data: ____/____/____

Osoba może złożyć podpis w imieniu pracownika tylko wtedy, gdy jest ona prawnie upoważniona do złożenia podpisu, a pracownik jest osobą małoletnią, umysłowo niepełnosprawną lub ubezwłasnowolnioną.

Zaświadczam zgodnie z moją najlepszą wiedzą, posiadanymi informacjami i przekonaniem, powstałym po badaniu sprawy stosownym do okoliczności, że twierdzenia oraz inne fakty wyżej podane są poparte faktami lub prawdopodobnie będą poparte faktami po dalszym badaniu.

Podpis prawnika/zastępcy prawnego (jeżeli jest): _____ Data: ____/____/____
 Nazwisko (wielkimi literami): _____ Stanowisko: _____
 Nr identyfikacyjny, jeżeli jest R _____ W przypadku licencjonowanego przedstawiciela: nr licencji: _____ Data wygaśnięcia: ____/____/____



Instrukcja wypełniania formularza C-3, „Wniosek pracownika”

W celu zgłoszenia roszczenia o świadczenia z tytułu odszkodowania pracowniczego prosimy wypełnić niniejszy formularz i przesłać go do okręgowego biura Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych. Adresy znajdują się w dolnej części instrukcji. Jeżeli potrzebuje Pan/Pani dodatkowej pomocy przy wypełnianiu formularza, prosimy skontaktować się z Komisją ds. Odszkodowań Pracowniczych pod numerem 1-877-632-4996. Istnieje również możliwość wypełnienia formularza w trybie online na stronie internetowej: <http://www.wcb.ny.gov/>

W przypadku, gdy Pan/Pani nie posiada lub nie zna numeru sprawy WCB, prosimy nie wypełniać tego pola. Podanie numeru sprawy nie jest wymagane do rozpatrzenia składanego wniosku. Należy pamiętać o podaniu imienia i nazwiska oraz data powstania urazu lub wystąpienia choroby (górną stronę drugiej).

Sekcja A — Dane osobowe pracownika:

Pozycja 1: Należy wpisać pełne imię, inicjał drugiego imienia oraz nazwisko.

Pozycja 2: Prosimy podać datę urodzenia w formacie: miesiąc/dzień/rok. Prosimy podać rok w formacie czterocyfrowym.

Pozycja 3: Prosimy podać adres pocztowy, w tym nr skrytki pocztowej, jeżeli jest, miejscowość, stan i kod pocztowy.

Pozycja 4: Prosimy podać numer ubezpieczenia społecznego. Podanie tego numeru jest bardzo ważne i pomoże w szybszym rozpatrzeniu wniosku.

Pozycja 5: Prosimy podać podstawowy kontaktowy nr telefonu, w tym nr kierunkowy. Może to być numer telefonu komórkowego.

Pozycja 6: Prosimy podać płeć (mężczyzna lub kobieta).

Pozycja 7: Słuchanie przed Komisją prowadzone jest w języku angielskim. W razie potrzeby korzystania z usług tłumacza w przypadku stawiennictwa przed Komisją zapewni ona takie usługi. Należy zaznaczyć opcję Tak i wskazać, o jaki język chodzi.

Sekcja B — Pracodawca(-y):

Pozycja 1: Prosimy wskazać pracodawcę, u którego pracował(-a) Pan/Pani w momencie doznania urazu/wystąpienia choroby.

Pozycja 2: Prosimy podać numer telefonu tego pracodawcy (podstawowy nr kontaktowy lub numer do przełożonego).

Pozycja 3: Prosimy podać adres pocztowy pracodawcy, w tym nr skrytki pocztowej, jeżeli jest, miejscowość, stan i kod pocztowy.

Pozycja 4: Prosimy podać datę rozpoczęcia pracy u tego pracodawcy.

Pozycja 5: Prosimy podać imię i nazwisko bezpośredniego przełożonego, któremu Pan/Pani podlega.

Pozycja 6: Jeżeli jest Pan/Pani zatrudniony(-a) u więcej niż jednego pracodawcy, prosimy podać nazwy i adresy wszystkich pozostałych Pana/Pani pracodawców, poza tym, u którego doszło do urazu. W razie potrzeby prosimy dołączyć dodatkowy arkusz.

Pozycja 7: Należy zaznaczyć opcję Tak, jeżeli w wyniku urazu lub choroby doszło do straty czasu u dowolnego z pozostałych pracodawców. W przeciwnym razie należy zaznaczyć opcję Nie.

Sekcja C — Zawód/stanowisko w dniu powstania urazu lub wystąpienia choroby

Pozycja 1: Prosimy podać aktualnie wykonywany zawód lub opis wykonywanej pracy (np. pracownik hurtowni).

Pozycja 2: Prosimy podać typowe czynności i zadania wykonywane w tej pracy (np. prowadzenie inwentarza, rozładowywanie ciężarówek itd.).

Pozycja 3: Należy zaznaczyć rodzaj wykonywanej pracy.

Pozycja 4: Prosimy podać wysokość zarobków brutto (przed odliczeniem podatków) za okres wynagradzania.

Pozycja 5: Prosimy wskazać częstotliwość wypłat wynagrodzenia (co tydzień, dwa razy w tygodniu itp.).

Pozycja 6: Prosimy podać, czy poza zwykłym wynagrodzeniem otrzymywał(-a) Pan/Pani zakwaterowanie lub napiwki? Jeżeli tak, prosimy je opisać.

Sekcja D — Uraz lub choroba

Pozycja 1: Prosimy podać datę doznania urazu lub dzień, w którym po raz pierwszy zauważył(-a) Pan/Pani objawy choroby. Prosimy podać datę w formacie: miesiąc/dzień/rok. Prosimy podać rok w formacie czterocyfrowym. Jeżeli jest to choroba lub choroba zawodowa, prosimy pominąć punkt 2.

Pozycja 2: Prosimy podać godzinę wystąpienia urazu. Należy zaznaczyć, czy zdarzenie miało miejsce przed, czy też po południu.

Pozycja 3: Prosimy wskazać miejsce, w którym doszło do urazu/wystąpiła choroba, z podaniem adresu budynku oraz fizycznej lokalizacji w budynku, w którym doszło do urazu/wystąpiła choroba.

Pozycja 4: Należy zaznaczyć, czy było to Pana/Pani normalne miejsce pracy. Jeżeli nie, należy wyjaśnić powód znalezienia się w tym miejscu.

Pozycja 5: Prosimy szczegółowo opisać, co Pan/Pani robił(-a) w czasie, w którym doszło do urazu/wystąpiła choroba (np. ręczny rozładunek kartonów z ciężarówki). Ma to na celu wyjaśnienie zdarzeń prowadzących do urazu.

Pozycja 6: Prosimy szczegółowo opisać, w jaki sposób pojawił się uraz/choroba (np. Zdejmowałem ciężki karton z ciężarówki). Opis powinien uwzględniać wszystkie osoby oraz zdarzenia współtowarzyszące urazowi/wystąpieniu choroby.

Pozycja 7: Prosimy dokładnie przedstawić charakter i zakres urazu/choroby, w tym wszystkie dotknięte nim/nią części ciała. Należy przedstawić możliwie dokładny opis (np. Nadwyreżyłem kręgosłup, unosząc ciężki karton. Teraz odczuwam ból przy schylaniu się lub podnoszeniu przedmiotów (nawet lżejszych)).

Pozycja 8: Prosimy podać, czy w wypadku brały udział jakieś przedmioty INNE NIŻ licencjonowany pojazd mechaniczny. Do takich przedmiotów mogą należeć narzędzia (np. młotek), chemikalia (np. kwas), maszyny (np. wózek widłowy lub wiertarka pionowa) itp.

Pozycja 9: Prosimy podać, czy w wypadku brał udział jakiś licencjonowany pojazd mechaniczny. Jeżeli tak, należy wskazać, czy pojazd mechaniczny należał do Pana/Pani, pracodawcy lub strony trzeciej. Należy podać numer tablicy rejestracyjnej, jeżeli jest znany. Jeżeli w wypadku brał udział Pana/Pani pojazd, prosimy podać nazwę i adres ubezpieczyciela pojazdu.

Pozycja 10: Należy wskazać, czy powiadomił(-a) Pan/Pani pracodawcę (lub przełożonego) o urazie/chorobie. Jeżeli tak, prosimy podać, do kogo skierowane było powiadomienie i jaką miało formę (ustną czy pisemną). Prosimy podać datę powiadomienia.

Pozycja 11: Prosimy zaznaczyć, czy inne osoby widziały, jak doszło do urazu. Jeżeli były takie osoby, prosimy podać ich imiona i nazwiska.

Sekcja E — Powrót do pracy

Pozycja 1: Jeżeli skutek urazu/choroby związanej z wykonywaniem pracy zaprzestął(-a) Pan/Pani pracy, prosimy zaznaczyć opcję Tak i podać datę przerwania pracy. Jeżeli nie doszło do przerwania pracy, prosimy zaznaczyć opcję Nie i przejść do następnej sekcji.

Pozycja 2: W przypadku Pana/Pani powrotu do pracy prosimy zaznaczyć opcję Tak. Należy też wpisać datę ponownego rozpoczęcia pracy, a także powrotu do normalnego zakresu obowiązków, jeżeli wykonywał(-a) Pana/Pani jedynie ograniczony ich zakres. (Jeżeli nie powrócił(-a) Pan/Pani do zakresu obowiązków sprzed momentu doznania urazu lub wystąpienia choroby, dotyczy Pana/Pani ograniczony zakres obowiązków).

Sekcja E — Powrót do pracy (cd.):

Pozycja 3: Jeżeli doszło do powrotu do pracy, prosimy podać, dla którego pracodawcy Pan/Pani teraz pracuje?

Pozycja 4: Prosimy podać wysokość zarobków brutto (przed odliczeniem podatków) za okres wynagradzania w przypadku obecnego zatrudnienia. Prosimy wskazać częstotliwość wypłat wynagrodzenia (co tydzień, dwa razy w tygodniu itp.).

Sekcja F — Leczenie tego urazu lub choroby:

Pozycja 1: Jeżeli nie uzyskał(-a) Pan/Pani pomocy medycznej w związku z urazem/chorobą, prosimy zaznaczyć opcję Brak pomocy i przejść do pozycji 5. W przeciwnym razie prosimy podać datę pierwszej otrzymanej pomocy medycznej w związku z urazem/chorobą i wypełnić pozostałą część tej sekcji.

Pozycja 2: Prosimy zaznaczyć, czy po raz pierwszy pomoc medyczna związana z urazem/chorobą została udzielona Panu/Pani na miejscu.

Pozycja 3: Prosimy wskazać miejsce, w którym otrzymał(-a) Pan/Pani w związku z urazem/chorobą pomoc medyczną poza miejscem pracy. Należy podać nazwę i adres placówki i numer telefonu (w tym nr kierunkowy).

Pozycja 4: Jeżeli leczenie tego samego urazu/tej samej choroby nadal trwa, prosimy zaznaczyć opcję Tak i podać nazwę i adres lekarzy prowadzących leczenie oraz numer telefonu (w tym nr kierunkowy). W przeciwnym razie prosimy zaznaczyć opcję Nie.

Pozycja 5: Jeżeli sądzi Pan/Pani, że w przeszłości cierpiał(-a) Pan/Pani skutek tego samego urazu tej samej części ciała lub na tę samą chorobę, prosimy wybrać opcję Tak i podać, czy w związku z tym poprzednim(-ią) urazem/chorobą lekarz prowadził leczenie. Jeżeli tak, prosimy o podanie imienia i nazwiska oraz adresów lekarzy prowadzących leczenie oraz **wypełnić formularz C-3.3 razem z niniejszym formularzem.**

Pozycja 6: Jeżeli w przeszłości cierpiał(-a) Pan/Pani z powodu urazu lub choroby, prosimy zaznaczyć, czy były one związane z wykonywaniem pracy zawodowej. Jeżeli tak, należy podać, czy do urazu lub choroby doszło w trakcie zatrudnienia u aktualnego pracodawcy.

Prosimy podpisać formularz C-3 w miejscu przeznaczonym na podpis pracownika na stronie 2, wpisanie imienia i nazwiska wielkimi literami oraz podanie daty złożenia podpisu na formularzu. Jeżeli w imieniu pracownika podpis składa strona trzecia, osoba ta powinna złożyć podpis w wierszu przeznaczonym na drugi podpis. Jeżeli posiada Pan/Pani zastępcę prawnego, **musi** on wypełnić i podpisać sekcję dotyczącą certyfikacji prawników/zastępców prawnych, która znajduje się na stronie drugiej u dołu.

Co każdy pracownik powinien zrobić w przypadku urazu doznanego w miejscu pracy lub wystąpienia choroby zawodowej:

1. Natychmiast powiadomić pracodawcę lub przełożonego i podać czas, miejsce i sposób, w jaki doszło do urazu.
2. Natychmiast wezwać pomoc medyczną.
3. Poprosić lekarza o sporządzenie dokumentacji medycznej dla Komisji i pracodawcy lub jego ubezpieczyciela.
4. Sporządzić wniosek o odszkodowanie i wysłać go do najbliższego biura Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych. (Zob. poniżej). Niesporządzenie i niezłożenie wniosku w ciągu dwóch lat od daty powstania urazu może skutkować odrzuceniem roszczenia. Jeżeli potrzebna jest pomoc w wypełnieniu tego formularza prosimy o kontakt telefoniczny lub wizytę w najbliższym biurze Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych (lista biur znajduje się poniżej).
5. Stawiać się na wszystkie wezwania Komisji.
6. Powrócić do pracy, gdy tylko będzie to możliwe. Odszkodowanie nigdy nie jest tak wysokie jak wynagrodzenie.

Prawa pracownika:

1. Pracownik ma prawo do bycia leczonym przez wybranego przez siebie lekarza, pod warunkiem, że lekarz ten jest zatwierdzony przez Komisję. Jeżeli pracodawca korzysta z ubezpieczenia typu PPO, należy uzyskać najpierw pomoc medyczną świadczoną przez przedstawiciela organizacji lekarzy świadczeniodawców, która jest wyznaczona do świadczenia usług medycznych w przypadku urazów objętych odszkodowaniem pracowniczym.
2. NIE NALEŻY regulować należności u lekarza czy w szpitalu. Rachunki będą opłacane przez ubezpieczyciela, jeżeli Pana/Pani przypadek nie będzie kwestionowany. W przeciwnym razie lekarz lub szpital muszą poczekać na opłacenie kosztów leczenia do czasu, aż Komisja podejmie decyzję w Pana/Pani sprawie. W razie niezłożenia wniosku lub jego odrzucenia przez Komisję odpowiedzialność za uregulowanie należności za usługi medyczne spocznie na Panu/Pani.
3. Jest Pan/Pani także upoważniony(-a) do zwrotu wydatków za leki, kule lub innego rodzaju wyposażenie przepisane przez lekarza, a także za dojazdy lub inne niezbędne wydatki poniesione w związku z przejazdami do i z gabinetu lekarskiego bądź szpitala. (Należy okazać rachunki poświadczające takie wydatki).
4. Jest Pan/Pani upoważniony(-a) do odszkodowania w przypadku, gdy odniesiony uraz uniemożliwia podjęcie pracy w ciągu więcej niż siedmiu dni, zmusza do podjęcia pracy gorzej wynagradzanej lub skutkuje trwałą niepełnosprawnością dowolnej części ciała.
5. Odszkodowanie jest płatne bezpośrednio i bez konieczności oczekiwania na orzeczenie, chyba że roszczenie jest kwestionowane.
6. Pracownicy poszkodowani lub osoby pozostające uprzednio na utrzymaniu zmarłego pracownika mogą reprezentować przed Komisją sami siebie, jednak mają też możliwość skorzystania z usług prawnika lub licencjonowanego zastępcy, który będzie ich reprezentował. W przypadku prawnika lub licencjonowanego zastępcy opłaty za świadczone przez niego usługi prawne będą podlegały ocenie Komisji i w przypadku ich zatwierdzenia zostaną potrącone przez pracodawcę lub towarzystwo ubezpieczeniowe z należnych świadczeń z tytułu odszkodowania. Poszkodowani pracownicy lub osoby pozostające uprzednio na utrzymaniu zmarłego pracownika nie mogą regulować należności wobec prawnika lub licencjonowanego zastępcy, reprezentującego ich w sprawie o odszkodowanie.
7. Jeżeli potrzebna jest pomoc w powrocie do pracy lub ze względu na problemy rodzinne bądź finansowe spowodowane urazem, prosimy o kontakt z najbliższym biurem Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych i zatrudnionym tam pracownikiem socjalnym lub opiekunem ds. rehabilitacji.

Formularz należy przesłać bezpośrednio na podany poniżej adres:

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

Bezpłatna telefoniczna linia obsługi klienta: 877-632-4996

Stan Nowy Jork
KOMISJA DS. ODSZKODOWAŃ PRACOWNICZYCH

C-3.1

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

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

Informacja dla poszkodowanego pracownika:

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

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

Podpis poszkodowanego
pracownika

Data

Podpis świadka

Data

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

Informacja dla pracodawcy:

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

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



Nr sprawy WCB (jeżeli jest znany): _____

Informacja dla wnioskodawcy: Jeżeli osoba poszkodowana leczyła *doznany wcześniej* uraz tej samej części ciała lub leczyła chorobę podobną do opisanej w bieżącym wniosku, należy wypełnić niniejszy formularz. Formularz ten pozwala dostawcom usług medycznych wymienionych niżej na ujawnienie ubezpieczycielowi pracodawcy informacji o leczeniu poprzednio doznanego urazu lub choroby. Prawo federalne HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act z roku 1996) zezwala wnioskodawcy na otrzymanie kopii tego formularza. Jeżeli wnioskodawca nie rozumie niniejszego formularza, powinien zasięgnąć porady swojego zastępcy prawnego. W przypadku jego braku pomocy udzieli radca prawny Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych zajmujący się poszkodowanymi pracownikami. Prosimy zadzwonić pod numer telefonu: 800-580-6665.

Informacja dla dostawcy usług medycznych: Kopia niniejszego dokumentu zgodnego z przepisami HIPAA pozwala na ujawnianie informacji na temat stanu zdrowia. W przypadku wysyłania dokumentacji do ubezpieczyciela pracodawcy w odpowiedzi na zgodę na ujawnienie danych o zdrowiu należy wysłać kopie do zastępcy prawnego wnioskodawcy. (Jeżeli poniżej nie wymieniono zastępcy prawnego, kopie należy wysłać do wnioskodawcy). Dostawcy usług medycznych ujawniających dokumentację muszą podlegać prawu stanu Nowy Jork oraz przepisom HIPAA.

Niniejsza zgoda na ujawnienie informacji jest:

- **Dobrowolna.** Dostawca usług medycznych musi zapewnić osobie poszkodowanej taką samą jakość i zakres opieki medycznej, warunki płatności oraz świadczenia bez względu na fakt podpisania lub niepodpisania niniejszego formularza.
- **Ograniczona.** Dokument zezwala dostawcy usług medycznych na ujawnienie tylko tych dokumentów dotyczących stanu zdrowia, które odnoszą się do poprzednio przebytej choroby/stanu opisanego poniżej.
- **Tymczasowa.** Jej ważność wygasa z chwilą ustalenia przyznania odszkodowania w odpowiedzi na roszczenie lub odrzucenia wniosku o odszkodowanie oraz wyczerpania wszystkich możliwości odwoławczych.
- **Możliwa do uchylecia.** Zgodę można cofnąć w dowolnym momencie. Aby cofnąć zgodę, należy wysłać pismo do dostawcy usług medycznych wymienionego w treści niniejszego formularza. Należy również przesłać kopię pisma ubezpieczycielowi pracodawcy oraz Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych. *Uwaga: Nie wolno cofać niniejszej zgody w odniesieniu do dokumentacji medycznej już dostarczonej.*
- **Tylko do celów dokumentacji.** Dokument zezwala wymienionemu w nim dostawcy usług medycznych na wysłanie kopii dokumentacji medycznej ubezpieczycielowi pracodawcy wypłacającemu odszkodowania pracownicze.

Niniejszy formularz NIE zezwala dostawcy usług medycznych na ujawnianie następujących rodzajów informacji:

- informacji dotyczących zakażenia wirusem HIV,
- dokumentacji medycznej na temat odbywanej psychoterapii,
- leczenia uzależnienia od alkoholu/narkotyków,
- leczenia psychiatrycznego (chyba że zaznaczono poniżej)
- informacji ustnych (dostawca usług medycznych nie może z nikim omawiać stanu zdrowia osoby poszkodowanej).

Wszelka ujawniona dokumentacja medyczna będzie stanowiła część akt dotyczących odszkodowań pracowniczych i będzie traktowana jako poufna, zgodnie z WCL.

A. DANE WNIOSKODAWCY

1. Imię i nazwisko: _____
2. Nr ubezpieczenia społecznego: _____ - _____ - _____
3. Adres pocztowy: _____
4. Data urodzenia: ____/____/____
5. Data wystąpienia aktualnego urazu/choroby: ____/____/____
6. Aktualny uraz/choroba, w tym wszystkie części ciała, które doznały urazu: _____

7. Imię i nazwisko oraz adres zastępcy prawnego (jeżeli jest): _____

☐ Prosimy zaznaczyć to pole w przypadku zezwolenia dostawcy usług medycznych na ujawnienie informacji o **leczeniu psychiatrycznym**.

B. DOSTAWCA USŁUG MEDYCZNYCH

(Prosimy wymienić wszystkich dostawców usług medycznych, którzy leczyli *poprzedni* uraz tej samej części ciała lub podobną chorobę osoby poszkodowanej. W przypadku więcej niż dwóch dostawców prosimy do niniejszego formularza dołączyć ich dane kontaktowe).

1. Dostawca: _____
2. Nr telefonu: (____) _____
3. Adres pocztowy: _____
4. Inny dostawca (jeżeli jest): _____
5. Nr telefonu: (____) _____
6. Adres pocztowy: _____

C. PROSIMY O PRZECZYTANIE I ZŁOŻENIE PODPISU.

Niniejszym wnioskuję, aby wymieniony powyżej dostawca usług medycznych przekazał ubezpieczycielowi mojego pracodawcy, wypłacającemu odszkodowania pracownicze, kopie dokumentacji medycznej związanej z poprzednio przeżytym urazem/chorobą dotyczącym/-ą wszystkich części ciała i opisanym/-ą powyżej.

Podpis wnioskodawcy (tylko tusz lub atrament — użyć niebieskiego długopisu, jeżeli to możliwe).

Data

Jeżeli wnioskodawca nie jest w stanie złożyć podpisu, osoba składająca podpis w imieniu wnioskodawcy musi wypełnić i podpisać, co następuje:

Imię i nazwisko

Relacja w stosunku do wnioskodawcy

Podpis (tylko tusz lub atrament — użyć niebieskiego długopisu, jeżeli to możliwe). Data



FUNDUSZ UBEZPIECZENIA PAŃSTWA NOWY JORK ZARZĄDZANIE ŚWIADCZENIAMI FARMACJI

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

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

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

Krok 1: Poproś pracodawcę o podanie **nazwy firmy i numeru polisy ubezpieczeniowej**

Krok 2: Wypełnij resztę formularza opisem swojego **roszczenia i informacjami kontaktowymi**.

Krok 3: Przynieś **wypełniony formularz i receptę** do apteki w sieci aptek CareComp.

Krok 4: W ciągu 10 dni od potwierdzonego wypadku otrzymasz pakiet z CVS Caremark. Pakiet ten będzie zawierał **stałą kartę identyfikacyjną**, która powinna być używana przy wypełnianiu recept na urazy lub choroby związane z pracą.

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

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



Identyfikator tymczasowych usług na receptę dla pracowników Ważna informacja

UWAGA DLA POSZKODOWANEGO PRACOWNIKA

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

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

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

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

Uwaga dla Farmaceutów:

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

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

POTRZEBUJESZ POMOCY?

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



Uzyskaj płatność zasiłku z tytułu
odszkodowania pracowniczego
bezpośrednim przelewem bankowym!

Przelew bankowy

New York State Insurance Fund

nysif.com

DEPOZYT BEZPOŚREDNI

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

WYMAGANIA DOTYCZĄCE RODZAJU KONTA

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

YOUR NAME
1234 Main Street
Anywhere, OH 00000

DATE _____ 123

PAY TO THE ORDER OF _____ \$ _____

_____ DOLLARS

0044072324 000123456789 123

ROUTING NUMBER ACCOUNT NUMBER CHECK NUMBER

Nr rozpoznawczy Nr konta
banku

ANULOWANIE

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

ZMIANY DOTYCZĄCE RACHUNKU BANKOWEGO

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

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

OKRESOWA WERYFIKACJA

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

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

IMIĘ I NAZWISKO (IMIĘ, DRUGIE IMIĘ, NAZWISKO):

NR ROSZCZENIA NYSIF O ZASIŁKI Z TYTUŁU
ODSZKODOWAŃ PRACOWNICZYCH:

ADRES ZAMIESZKANIA(NIE UŻYWAĆ SKRZYNKI POCZTOWEJ):

MIASTO: STAN: KOD POCZTOWY:

ADRES E-MAIL:

NR TEL.:

Wniosek o upoważnienie do wpłaty bezpośredniej Wprowadź wszystkie informacje, w tym numer konta i numer rozliczeniowy banku. Skontaktuj się ze swoją instytucją finansową, jeśli potrzebujesz pomocy w wypełnieniu tej sekcji.

Opcjonalnie: jeśli chcesz podzielić płatności między dwa konta bankowe, wypełnij oba zestawy pól dotyczących banku.

Procent dystrybucji musi wynosić 100% (na przykład 75% na koncie nr 1 i 25% na koncie nr 2). Jeśli w dowolnym momencie Twoje konto bankowe stanie się niedostępne, kwota do zapłaty zostanie wysłana czekiem papierowym.

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

Dystrybucja _____ % czeku

NAZWA INSTYTUCJI FINANSOWEJ:

Routing #: Numer Konta:

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

Dystrybucja _____ % czeku

NAZWA INSTYTUCJI FINANSOWEJ:

Routing #: Numer Konta:

CERTYFIKAT I UPOWAŻNIENIE DEPONENTA/ODBIORCY PŁATNOŚCI

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

PODPIS: DATA:

WYŚLAĆ WYPEŁNIONY WNIOSEK POCZTĄ NA ADRES:

NYSIF
PO BOX 66699
Albany, NY
12206