Stato di New York
WORKERS' COMPENSATION BOARD

REGISTRO DELLE SPESE MEDICHE E DI VIAGGIO DEL RICHIEDENTE E RICHIESTA DI RIMBORSO

NOME DEL(LA) RICHIEDENTE	N. PRATICA WCB	N. DI PREVIDENZA SOC.
INDIRIZZO DI RESIDENZA	INDIRIZZO POSTALE (SE DIVERSO)	

In relazione al caso di indennità per infortuni sul lavoro riportato in precedenza, lei ha diritto al rimborso di (1) farmaci o forniture debitamente prescritti dal suo fornitore di assistenza sanitaria che ha pagato personalmente e (2) dei costi, del chilometraggio percorso in automobile o di altre spese necessarie per il tragitto da e verso l'ospedale o l'ambulatorio del suo fornitore di assistenza sanitaria.

Per aiutarla a tenere un registro di queste spese le abbiamo fornito il presente modulo. Al fine di garantire l'adeguato rimborso, inserisca nell'elenco sottostante ogni voce di spesa, anche qualora non abbia ottenuto la relativa ricevuta (laddove possibile ottenga le ricevute). **Presenti il modulo compilato e le copie di tutte le ricevute o fatture alla compagnia assicurativa responsabile degli indennizzi per infortuni sul lavoro (o al suo datore di lavoro, se ha un'assicurazione autonoma) e alla Workers' Compensation Board.** (Cfr. indirizzo della WCB sul retro.) Si consiglia di conservare una copia di ricevute e fatture per suo riferimento.

NATURA DELLA SPESA	DATA	IMPORTO

Prosegue sul retro.

NATURA DELLA SPESA	DATA	IMPORTO

NYS Workers' Compensation Board
Centralized Mailing
PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5205

Indirizzo per la presentazione via email: wcbclaimsfiling@wcb.ny.gov