

**State of New York  
WORKERS' COMPENSATION BOARD**

**Notice of Right to Select a Workers' Compensation Board Authorized  
Health Care Provider**

Injured Employee's Name	Injured Employee's Social Security No.	Date of Accident
Employer's Name and Address		

**To the Injured Employee:**

For the treatment of your work-related injury or illness, you may choose any physician, podiatrist, chiropractor, or psychologist (upon referral from an authorized physician) who is Workers' Compensation Board authorized and who is accepting workers' compensation patients.

While you may choose to utilize a network or provider which is recommended by your employer or its workers' compensation insurance carrier or to permit your employer to select a provider on your behalf, you may, at any time, change your health care provider without jeopardizing your workers' compensation claim for benefits.

\_\_\_\_\_  
Signature of Injured Employee

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of Witness

\_\_\_\_\_  
Date

**Please note:** It is not necessary for you to sign this consent form if your employer is (i) participating in a certified preferred provider organization (PPO) under Article 10-A of the Workers' Compensation Law, or (ii) participating in the alternative dispute resolution (ADR) pilot program under section 25(2-c) of the Workers' Compensation Law. In accordance with these statutory programs, except in emergency situations, you must obtain at least initial treatment for any workers' compensation injury or illness from the certified network(s) or providers designated by your employer.

**To the Employer:**

The employer shall provide the above-named injured employee with a copy of this signed form and shall maintain the original form in the employer's records where it may be inspected by the Workers' Compensation Board at any time. This form shall not be submitted to the Workers' Compensation Board nor shall it be executed prior to the occurrence of this employee's work-related injury or illness.

The Workers' Compensation Board employs and serves people with disabilities without discrimination.

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

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

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

**Al dipendente vittima di infortunio:**

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

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

\_\_\_\_\_  
Firma del dipendente vittima di  
infortunio

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Firma del testimone

\_\_\_\_\_  
Data

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

**Al datore di lavoro:**

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

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