

Niniejszy formularz należy wypełnić składając wniosek o przyznanie świadczeń z funduszu odszkodowań pracowniczych z powodu obrażeń odniesionych podczas pracy lub chorób związanych z wykonywaną pracą. Wypełniać maszynowo lub wyraźnym, drukowanym pismem. Niniejszy formularz można również wypełnić elektronicznie na stronie [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov).

Nr sprawy WCB (jeżeli jest znany): \_\_\_\_\_

## A. DANE WNIOSKODAWCY (pracownika)

1. Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ 2. Data urodzenia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Imię Inicjał drugiego imienia Nazwisko
3. Adres do doręczeń: \_\_\_\_\_  
Ulica, nr mieszkania /skrytka pocztowa Miejscowość Stan Kod pocztowy
4. Nr ubezpieczenia socjalnego: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ 5. Numer telefonu: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 6. Płeć:  M  K  X
7. Czy podczas przesłuchania przez Komisję poszkodowanemu będzie potrzebny tłumacz?  Tak  Nie Jeżeli tak, jakiego języka? \_\_\_\_\_

## B. PRACODAWCA(-Y) POSZKODOWANEGO

1. Pracodawca w momencie odniesienia obrażeń: \_\_\_\_\_ 2. Numer telefonu: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_
3. Adres miejsca pracy: \_\_\_\_\_  
Ulica, nr mieszkania Miejscowość Stan Kod pocztowy
4. Data zatrudnienia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 5. Imię i nazwisko przełożonego: \_\_\_\_\_
6. Podać nazwy/adresy wszelkich innych pracodawców aktualnych na dzień odniesienia obrażeń/schorzenia: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
7. Czy odniesione obrażenia/schorzenie było powodem nieobecności w pracy?  Tak  Nie

## C. PRACA W DNIU ODNIESIENYCH OBRAŹEN LUB WYSTĄPIENIA CHOROBY

1. Jakie było stanowisko lub zakres obowiązków poszkodowanego? \_\_\_\_\_
2. Jakie czynności poszkodowany wykonywał zwykle podczas pracy? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
3. W jakim wymiarze godzin pracował poszkodowany? (zaznaczyć jeden)  pełny etat  pół etatu  sezonowo  ohotniczo  
 inny: \_\_\_\_\_
4. Jaka była kwota wynagrodzenia brutto (przed opodatkowaniem) za okres wynagrodzenia? \_\_\_\_\_
5. Jak często poszkodowany otrzymywał wynagrodzenie? \_\_\_\_\_
6. Czy oprócz pensji poszkodowany otrzymywał zakwaterowanie lub napiwki?  Tak  Nie Jeżeli „tak”, opisać: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## D. OBRAŻENIA LUB SCHORZENIA POSZKODOWANEGO

1. Data odniesienia obrażeń lub wystąpienia schorzenia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 2. Godzina odniesienia obrażeń: \_\_\_\_\_  AM  PM
3. Gdzie doszło do odniesienia obrażeń/schorzenia? (np. 1 Main Street, Pottersville, przy drzwiach wejściowych) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
4. Czy było to miejsce, gdzie poszkodowany zwykle wykonuje swoją pracę?  Tak  Nie  
 Jeżeli „nie”, dlaczego poszkodowany znajdował się w tej lokalizacji? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
5. Co robił poszkodowany w momencie, kiedy doszło do obrażeń lub wystąpienia choroby? (np. rozładunek ciężarówki, pisanie raportu)  
 \_\_\_\_\_
6. Jak doszło do odniesienia obrażeń/schorzenia? (np. potknąłem się o rurę i upadłem na ziemię) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
7. Dokładnie wyjaśnić charakter obrażeń/schorzenia; wymienić dotknięte urazem części ciała (np. skręcona lewa kostka i rozcięte czoło):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### D. OBRAŻENIA LUB SCHORZENIA POSZKODOWANEGO cd.

8. Czy w powstaniu obrażeń/schorzenia brał udział jakiś przedmiot (np. wózek widłowy, młotek, kwas)?  Tak  Nie  
Jeżeli „tak”, co to było? \_\_\_\_\_
9. Czy do obrażeń doszło w wyniku użytkowania lub prowadzenia licencjonowanego pojazdu mechanicznego?  Tak  Nie  
Jeżeli „tak”,  pojazd poszkodowanego  pojazd pracodawcy  inny pojazd Nr tablicy rejestracyjnej (jeżeli jest znany): \_\_\_\_\_  
Jeżeli był to pojazd poszkodowanego, podać nazwę i adres ubezpieczyciela zapewniającego ubezpieczenie komunikacyjne: \_\_\_\_\_
10. Czy poszkodowany powiadomił swojego pracodawcę (lub przełożonego) o powstałych obrażeniach/schorzeniu?  Tak  Nie  
Jeżeli „tak”, powiadomiono: \_\_\_\_\_  ustnie  pisemnie data powiadomienia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
11. Czy ktokolwiek widział, jak doszło do urazu?  Tak  Nie  Nie wiem Jeżeli „tak”, podać imiona i nazwiska: \_\_\_\_\_

#### E. POWRÓT DO PRACY

1. Czy poszkodowany przerwał pracę z powodu odniesionych obrażeń/schorzenia?  Jeżeli „tak”, podać datę \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Jeżeli „nie”, przejść do części F.
2. Czy poszkodowany wrócił do pracy?  Tak  Nie  Jeżeli „tak”, podać datę \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  zwykły zakres obowiązków  
 ograniczony zakres obowiązków
3. W przypadku powrotu do pracy, dla kogo poszkodowany pracuje aktualnie?  ten sam pracodawca  nowy pracodawca  
 własna działalność gospodarcza
4. Jaka jest kwota wynagrodzenia (przed opodatkowaniem) za okres wynagrodzenia? \_\_\_\_\_  
Jak często poszkodowany otrzymuje wynagrodzenie? \_\_\_\_\_

#### F. LECZENIE TEGO URAZU LUB SCHORZENIA

1. Jaka była data rozpoczęcia leczenia? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Nie było (przejsć do pytania F-9)
2. Czy poszkodowany otrzymał pomoc lekarską na miejscu?  Tak  Nie
3. Gdzie poszkodowany po raz pierwszy otrzymał pomoc lekarską w odniesieniu do obrażeń/schorzenia?  nie otrzymano  
 oddział pogotowia  gabinet lekarski  klinika/szpital/Urgent Care  pobyt w szpitalu powyżej 24 godzin  
Nazwa i adres placówki udzielającej pierwszej pomocy: \_\_\_\_\_ Numer telefonu: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
4. Czy nadal trwa leczenie tych obrażeń/schorzenia?  Tak  Nie  
Podać nazwisko(-a) i adres(-y) lekarza(-y) leczących poszkodowanego z tytułu tych obrażeń/schorzenia: \_\_\_\_\_  
Numer telefonu: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
5. Czy poszkodowany miał w przeszłości podobny uraz tej samej części ciała lub podobne schorzenie?  Tak  Nie  
Jeżeli tak, czy poszkodowany był leczony przez lekarza?  Tak  Nie Jeżeli tak, podać nazwisko(-a) i adres(-y) lekarza(-y) leczących  
**poszkodowanego oraz WYPEŁNIĆ I ZŁOŻYĆ FORMULARZ C-3.3 WRAZ Z NINIEJSZYM FORMULARZEM:**
6. Czy poprzedni uraz/schorzenie było związane z wykonywaną pracą?  Tak  Nie  
Jeżeli tak, czy poszkodowany pracował dla tego samego pracodawcy, co obecnie?  Tak  Nie

Niniejszym wnoszę roszczenie o wypłatę świadczeń w myśl przepisów Ustawy o odszkodowaniach dla pracowników. Potwierdzam własnoręcznie złożonym podpisem, iż stosownie do posiadanej przeze mnie wiedzy, podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą i dokładne.

Każda osoba, która świadomie i z ZAMIAREM OSZUSTWA przedkłada, powoduje złożenie lub przygotowuje się ze świadomością lub przekonaniem, że zostaną przedłożona ubezpieczycielowi lub auto-ubezpieczycielowi jakiegokolwiek dane zawierające FAŁSZYWE OŚWIADCZENIA lub ukrywające jakiegokolwiek materialne fakty w sprawie, BĘDZIE WINNA POPEŁNIENIA PRZESTĘPSTWA I ZOSTANIE UKARANA WYSOKIMI GRZYWNAMI ORAZ KARĄ POZBAWIENIA WOLNOŚCI.

Podpis pracownika: \_\_\_\_\_ Imię i nazwisko drukiem: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

W imieniu pracownika: \_\_\_\_\_ Imię i nazwisko drukiem: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Osoba fizyczna może podpisać w imieniu pracownika tylko wtedy, gdy jest do tego prawnie upoważniona, a pracownik jest nieletni, niepocztylny lub ubezwłasnowolniony.*

Oświadczam, że stosownie do posiadanej przeze mnie wiedzy, informacji i przekonań powyższych po rozpoznaniu sprawy w zakresie uzasadnionym istniejącymi okolicznościami, zarzuty oraz pozostałe fakty wskazane powyżej są poparte dowodami lub zostaną udokumentowane po bardziej dogłębnym rozpoznaniu sprawy lub przedłożeniu materiałów dowodowych.

Podpis adwokata/pełnomocnika (jeżeli dotyczy): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Imię i nazwisko drukiem: \_\_\_\_\_ Stanowisko: \_\_\_\_\_

Nr identyfikacyjny, jeżeli dotyczy: R \_\_\_\_\_ Nr licencji w przypadku licencjonowanego pełnomocnika: \_\_\_\_\_ Data ważności: \_\_\_\_\_

## Instrukcje wypełniania Wniosku pracowniczego (Formularza C-3)

Prosimy wypełnić niniejszy formularz i wysłać go do Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych na adres podany na końcu niniejszych instrukcji. Jeżeli potrzebna jest pomoc przy wypełnianiu wniosku, należy skontaktować się z Komisją ds. Odszkodowań Pracowniczych dzwoniąc pod numer **1-877-632-4996**. **Niniejszy formularz można wypełnić elektronicznie na stronie [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov)**. Jeżeli numer sprawy WCB nie jest znany, należy to pole zostawić bez wpisu. Nie jest on wymagany do rozpatrzenia roszczenia. Prosimy pamiętać, aby wpisać swoje imię i nazwisko wraz z datą odniesienia obrażeń/schorzenia u góry na stronie drugiej.

### Część A - dane poszkodowanego (pracownika)

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

**Uwaga dotycząca pt. 7** Przesłuchania Komisji prowadzone są w jęz. angielskim. Osoby, którym potrzebna jest pomoc tłumacza, powinny zaznaczyć „Tak” oraz podać żądany język.

#### **Powiadomienie stosownie do Nowojorskiej ustawy o ochronie prywatności danych osobowych (Art. 6-A Ustawy o Funkcjonariuszach Publicznych) i Federalnej Ustawy o Ochronie Prywatności z 1974 r. (5 USC § 552a).**

Komisja ds. Odszkodowań Pracowniczych (Komisja) ma prawo do uzyskania danych osobowych wnioskodawcy, w tym jego numeru ubezpieczenia socjalnego, na podstawie uprawnień komisji wynikających z Prawa o odszkodowaniach pracowniczych (Workers' Compensation Law, WCL) § 20 oraz uprawnień administracyjnych wynikających z WCL § 142. Informacje te są gromadzone w celu umożliwienia Komisji jak najszybszego przeprowadzenia dochodzenia i jego administrację oraz prowadzenia dokładnej dokumentacji roszczeń. Podanie Komisji numeru ubezpieczenia socjalnego jest dobrowolne. Nie ma kary za niepodanie numeru ubezpieczenia socjalnego w tym formularzu; nie spowoduje to odmowy roszczenia ani zmniejszenia świadczeń. Komisja będzie chronić poufność wszystkich posiadanych danych osobowych, ujawniając je wyłącznie w celu wypełniania obowiązków służbowych i zgodnie z obowiązującym prawem stanowym i federalnym.

### Część B - Pracodawca(-y) poszkodowanego

W części B należy wpisać nazwę, adres, numer telefonu oraz dodatkowe dane pracodawcy, dla którego poszkodowany pracował w momencie odniesienia obrażeń/wystąpienia schorzenia.

**Uwaga!** Pracodawca to firma lub agencja, która wypłaca poszkodowanemu wynagrodzenie. W odniesieniu do podwykonawców pracujących na budowie lub w biurze, pracodawcą jest agencja pośrednictwa pracy lub dostawca, a nie budowa czy biuro będące miejscem pracy.

### Część C - Praca w dniu odniesienia obrażeń lub wystąpienia choroby:

W części C należy wpisać zajmowane stanowisko, zakres wykonywanych obowiązków i dane dotyczące płatności wynagrodzenia.

### Część D - obrażenia lub schorzenia poszkodowanego:

**W części D należy wpisać informacje dotyczące odniesionych obrażeń lub schorzenia.**

**Poz. 1** Wpisać datę odniesienia obrażeń lub datę wystąpienia objawów chorobowych.

W przypadku schorzenia lub choroby zawodowej, poz. 2 należy pominąć. Datę odniesienia obrażeń należy wpisać w formacie miesiąc/dzień/rok. Rok powinien mieć format czterocyfrowy, np. 2015.

**Poz. 2** Wpisać godzinę odniesienia obrażeń. Zaznaczyć, czy miało to miejsce rano czy po południu.

**Poz. 3** Podać lokalizację miejsca, gdzie doszło do powstania obrażeń/schorzenia, w tym adres budynku i fizyczną lokalizację wewnątrz budynku, w której doszło do powstania obrażeń/schorzenia.

**Poz. 4** Zaznaczyć, czy było to zwykle miejsce pracy poszkodowanego. Jeżeli nie, podać powód pobytu w tej lokalizacji.

**Poz. 5** Szczegółowo opisać czynności wykonywane w momencie, w którym doszło do obrażeń/schorzenia (np. ręczny rozładunek pudeł z ciężarówki).

Ma to na celu ustalenie przebiegu wydarzeń bezpośrednio poprzedzających powstanie obrażeń.

**Poz. 6** Szczegółowo opisać, w jaki sposób doszło do powstania obrażeń/schorzenia (np. znosiłem ciężkie pudło z ciężarówki). Opis powinien uwzględniać wszystkie osoby i wydarzenia związane z powstaniem obrażeń/schorzenia.

**Poz. 7** Podać pełny zakres i charakter obrażeń, w tym wszystkie dotknięte urazem części ciała. Opis powinien być jak najbardziej szczegółowy (np. nadwyręziłem plecy próbując podnieść ciężkie pudło. Odczuwam teraz ból przy zginaniu się w pasie i trzymaniu nawet lekkich rzeczy).

**Poz. 8** Podać, czy wypadek uwzględniał jakikolwiek przedmiot **poza** licencjonowanym pojazdem mechanicznym. Inne przedmioty to m.in. narzędzia (np. młotek), substancje chemiczne (np. kwas), urządzenia (np. wózek widłowy lub wiertarka pionowa) itp.

**Poz. 9** Podać, czy w wypadku brał udział licencjonowany pojazd mechaniczny. Jeżeli tak, podać czy pojazd mechaniczny jest własnością poszkodowanego, pracodawcy poszkodowanego czy osoby trzeciej. Dołączyć numer tablicy rejestracyjnej (jeżeli jest znany). Jeżeli był to pojazd poszkodowanego, podać nazwę i adres ubezpieczyciela zapewniającego ubezpieczenie komunikacyjne OC. Jeśli wypełnili Państwo formularz MV-104 Departamentu Pojazdów Silnikowych (raport o wypadku samochodowym), prosimy o przesłanie jego kopii wraz z C-3. Przyspieszy to proces otrzymania potencjalnych świadczeń.

**Poz. 10** Zaznaczyć, jeżeli poszkodowany powiadomił swojego pracodawcę lub przełożonego o powstałych obrazeniach/schorzeniu. Jeżeli tak, podać kogo powiadomiono i czy powiadomienie było ustne czy pisemne. Podać datę powiadomienia.

**Poz. 11** Podać, czy ktokolwiek widział, w jaki sposób doszło do powstania obrażeń. Jeżeli byli świadkowie zdarzenia, podać imię i nazwisko tej osoby/osób.

### Część E - Powrót do pracy:

**Poz. 1** Jeżeli poszkodowany przestał pracować w wyniku powstałych w związku z wykonywaną pracą urazów/schorzenia, zaznaczyć „Tak” oraz podać datę przerwania pracy. Jeżeli poszkodowany nie przestał pracować, zaznaczyć „Nie” i przejść do następnej części.

**Poz. 2** Zaznaczyć „Tak”, jeżeli poszkodowany powrócił do pracy. Podać również datę ponownego podjęcia pracy oraz to, czy poszkodowany powrócił do wykonywania swoich zwykłych obowiązków służbowych, czy też w zmodyfikowanym lub ograniczonym zakresie. (Jeżeli od powrotu do pracy poszkodowany nie wykonuje pełnego zakresu obowiązków przydzielonych przed wystąpieniem obrażeń lub schorzenia, oznacza to zmodyfikowany zakres obowiązków).

**Poz. 3** W przypadku powrotu do pracy, podać dla kogo poszkodowany pracuje aktualnie.

**Poz. 4** Wpisać otrzymywaną za aktualnie wykonywaną pracę kwotę wynagrodzenia brutto (przed opodatkowaniem) za okres wynagrodzenia. Podać częstotliwość otrzymywania wypłaty (co tydzień, co dwa tygodnie itp.)

## **Część F - Leczenie tego urazu lub schorzenia:**

**Poz. 1** Jeżeli poszkodowany nie korzystał z pomocy lekarskiej w odniesieniu do tych obrażeń lub schorzenia, zaznaczyć „Nie otrzymano” i przejść do poz. 5. W przeciwnym wypadku wpisać datę pierwszej wizyty lekarskiej w odniesieniu do tych obrażeń lub schorzenia i wypełnić pozostałą część tego punktu.

**Poz. 2** Zaznaczyć, czy pomoc lekarska w odniesieniu do tych obrażeń lub schorzenia została udzielona poszkodowanemu w pracy.

**Poz. 3** Zaznaczyć lokalizację, w której poszkodowany po raz pierwszy korzystał z pomocy lekarskiej w odniesieniu do obrażeń/schorzenia. Podać nazwę, adres oraz numer telefonu placówki (łącznie z numerem kierunkowym).

**Poz. 4** Jeżeli poszkodowany nadal leczy się z odniesionych do obrażeń/schorzenia, zaznaczyć „Tak” i podać nazwisko(-a) i adres(-y) lekarza(-y) leczących poszkodowanego oraz numer telefonu (łącznie z numerem kierunkowym), w przeciwnym razie zaznaczyć „Nie”.

**Poz. 5** Jeżeli poszkodowany miał w przeszłości podobny uraz tej samej części ciała lub podobne schorzenie, zaznaczyć „Tak” i podać, czy poszkodowany korzystał z pomocy lekarskiej w odniesieniu do tych obrażeń/schorzenia. Jeżeli poszkodowany korzystał z pomocy lekarskiej, podać nazwisko(-a) i adres(-y) lekarza(-y) leczących poszkodowanego oraz **wypełnić i złożyć formularz C-3.3 wraz z niniejszym formularzem.**

**Poz. 6** Jeżeli poszkodowany miał w przeszłości podobny uraz tej samej części ciała lub podobne schorzenie, zaznaczyć, czy powstały one w związku z wykonywaną pracą. Jeżeli „Tak”, podać, czy do obrażeń bądź schorzenia doszło podczas pracy u aktualnego pracodawcy.

Podpisać Formularz C-3 w miejscu przewidzianym na podpis pracownika na stronie 2, wpisać drukowanymi literami swoje imię i nazwisko oraz datę złożenia podpisu na formularzu. Jeżeli w imieniu pracownika formularz podpisuje osoba trzecia, powinna ona złożyć podpis na drugiej linii podpisu. Jeżeli poszkodowany ma pełnomocnika prawnego, pełnomocnik powinien wypełnić i podpisać część przeznaczoną dla adwokata/pełnomocnika u dołu strony 2.

## **Co powinien zrobić każdy pracownik w razie wypadku podczas pracy lub choroby zawodowej:**

1. Niezwłocznie powiadomić pracodawcę o tym kiedy, gdzie i w jakich okolicznościach doszło do powstania obrażeń.
2. Niezwłocznie zasięgnąć pomocy lekarskiej.
3. Poprosić usługodawcę opieki zdrowotnej o dostarczenie raportów lekarskich Komisji i pracodawcy lub jego ubezpieczycielowi.
4. Wypełnić wniosek roszczenia o wypłatę świadczeń odszkodowawczych i wysłać go do najbliższego biura Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych. (zob. poniżej) Niezastosowanie się do tego wymogu w terminie dwóch lat od daty odniesienia obrażeń może spowodować odmowę przyjęcia roszczenia. Osoby potrzebujące pomocy w wypełnieniu tego formularza prosimy o kontakt telefoniczny lub osobisty z najbliższym biurem Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych, którego dane podano poniżej.
5. Po otrzymaniu stosownego powiadomienia stawiać się na wszelkie wyznaczone przesłuchania.
6. Wrócić do pracy tak szybko, jak jest to możliwe; świadczenia odszkodowawcze są zawsze niższe od otrzymywanego wynagrodzenia.

## **Prawa poszkodowanego pracownika:**

1. Generalnie można skorzystać z usług dowolnego, autoryzowanego przez Komisję usługodawcy opieki zdrowotnej. Jeżeli pracodawca posiada preferowaną sieć świadczeniodawców (Preferred Provider Organization, PPO) na leczenie obrażeń w ramach funduszu odszkodowań pracowniczych, leczenie wstępne musi się odbyć u preferowanego usługodawcy, wyznaczonego do świadczenia usług opieki zdrowotnej poszkodowanym pracownikom w ramach funduszu odszkodowań pracowniczych
2. NIE NALEŻY bezpośrednio płacić lekarzowi ani szpitalowi. Wystawione przez nich rachunki zostaną opłacone przez ubezpieczyciela, pod warunkiem, iż roszczenie poszkodowanego nie zostanie zakwestionowane. W przypadku zakwestionowania roszczenia, lekarz lub szpital będą musieli poczekać z otrzymaniem płatności do czasu podjęcia przez Komisję decyzji w sprawie poszkodowanego. W przypadku odstąpienia od roszczenia przez poszkodowanego lub oddalenia roszczenia przez Komisję, poszkodowany będzie musiał samodzielnie opłacić koszty usług lekarskich lub szpitalnych.
3. Poszkodowany jest również uprawniony do otrzymania zwrotu kosztów leków, kul ortopedycznych oraz wszelkiego rodzaju wyposażenia przepisane przez lekarza, jak również kosztów przejazdów i innych wydatków na dojazd do gabinetu lekarskiego lub do szpitala. (Zachować pokwitowania takich wydatków).
4. Poszkodowany jest uprawniony do otrzymania świadczeń odszkodowawczych, jeżeli odniesione obrażenia spowodowały niezdolność do pracy przez okres ponad 7 dni, konieczność podjęcia mniej płatnej pracy lub trwale kalectwo dowolnej części ciała.
5. Świadczenia odszkodowawcze wypłacane są bezpośrednio, bez konieczności oczekiwania na ich oficjalne przyznanie, z wyjątkiem roszczeń, które zostały zakwestionowane.
6. Poszkodowani pracownicy lub osoby będące na utrzymaniu zmarłych pracowników mogą występować we własnym imieniu w sprawach rozpatrywanych przez Komisję, mogą też skorzystać z usług adwokata lub licencjonowanego pełnomocnika. W przypadku korzystania z usług adwokata lub licencjonowanego pełnomocnika, honoraria za usługi prawne będą weryfikowane przez Komisję, a jeżeli zostaną zatwierdzone, będą opłacone przez pracodawcę lub firmę ubezpieczeniową z kwoty przyznanych świadczeń. Poszkodowani pracownicy lub osoby będące na utrzymaniu zmarłych pracowników nie powinni płacić bezpośrednio adwokatowi ani licencjonowanemu pełnomocnikowi reprezentującemu ich w sprawie o przyznanie świadczeń odszkodowawczych.
7. Jeżeli poszkodowany potrzebuje pomocy w zorganizowaniu powrotu do pracy, w sprawach rodzinnych bądź kwestiach finansowych wynikłych na skutek odniesionych obrażeń, należy skontaktować się z najbliższym biurem Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych i poprosić o skierowanie do doradcy ds. rehabilitacji lub pracownika socjalnego.

**Niniejszy formularz należy złożyć wysyłając go bezpośrednio na poniższy adres:**

**New York State Workers' Compensation Board**

**Centralized Mailing Address**

**PO Box 5205**

**Binghamton, NY 13902-5205**

**Bezpłatny Numer Biura Obsługi Klienta: 877-632-4996**