

Świadczenia z Funduszu Odszkodowań Pracowniczych



Workers' Compensation Board

Fundusz Odszkodowań Pracowniczych płaci za opiekę zdrowotną i leczenie obrażeń lub chorób związanych z wykonywaną pracą. Wypłaca również świadczenia z tytułu utraty zarobków.

W PRZYPADKU OBRAŻEŃ LUB CHOROBY WYNIKŁEJ Z ZWIĄZKU Z WYKONYWANĄ PRACĄ NALEŻY

1. Niezwłocznie zasięgnąć pomocy lekarskiej. Poinformować usługodawcę(-ów) opieki zdrowotnej o tym, że obrażenia lub choroba powstały w związku z wykonywaną pracą.
2. Powiadomić pracodawcę na piśmie o tym kiedy, gdzie i w jakich okolicznościach doszło do powstania obrażeń. Należy to zrobić w terminie 30 dni od daty odniesienia obrażeń.
3. Należy jak najszybciej złożyć w Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych (Komisja) **Wniosek pracowniczy (formularz C-3)**, zgłaszając odniesione obrażenia/chorobę. Prosimy zauważyć, iż roszczenie należy wnieść w terminie dwóch lat od odniesionych obrażeń/choroby. Mimo, iż pracodawca również ma obowiązek zgłoszenia incydentu, ważne jest, aby zrobić to też sam poszkodowany. W przypadku obrażeń dotyczących części ciała, która uległa w przeszłości wypadkowi, należy również złożyć wniosek o **Ograniczone ujawnienie danych medycznych (formularz C-3.3)**.

Wnoszenie roszczenia

NAJSZYBSZE: na stronie wcb.ny.gov, wybrać „File a Claim” („Wnieś roszczenie”) i wypełnić elektroniczną wersję **Roszczenia pracowniczego (formularz C-3)**, aby wysłać formularz elektronicznie.

W przypadku pytań dotyczących złożenia **formularza C-3**, prosimy dzwonić pod numer **(877) 632-4996**, aby uzyskać pomoc przedstawiciela Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych.

OPIEKA ZDROWOTNA

Generalnie można skorzystać z usług dowolnego, autoryzowanego przez Komisję świadczeniodawcy opieki zdrowotnej, w tym z Sieci Klinik Medycyny Pracy stanu Nowy Jork. Dotyczy to autoryzowanych

przez Komisję lekarzy, pielęgniarek ze stopniem magistra oraz asystentów lekarza i/lub specjalistów takich jak psycholog, podiatry, chiropraktycy, fizykoterapeuci, akupunkturzyści oraz licencjonowani kliniczni pracownicy socjalni. Jeżeli ubezpieczyciel pracodawcy (lub pracodawca, jeżeli sam się ubezpiecza) na potrzeby opieki zdrowotnej w ramach odszkodowań pracowniczych posiada preferowaną sieć świadczeniodawców (Preferred Provider Organization, PPO), leczenie wstępne musi się odbyć w sieci PPO. Jeżeli ubezpieczyciel posiada również sieć preferowanych aptek lub ośrodków diagnostycznych, poszkodowany musi skorzystać z ich usług. Ubezpieczyciel ma obowiązek poinformowania poszkodowanego o istnieniu tych sieci oraz o sposobie korzystania z nich.

Nie należy płacić z własnej kieszeni za pokrywane z funduszu odszkodowań pracowniczych leczenie, leki ani przepisane wyposażenie. Ubezpieczyciel obsługujący fundusz odszkodowań pracowniczych pokryje te rachunki, chyba że poszkodowany nie zamierza wnosić roszczenia lub jeżeli Komisja uzna roszczenie za niezasadne. W takim wypadku poszkodowany musi sam zapłacić świadczeniodawcom (lub przesłać rachunki do własnego ubezpieczyciela zdrowotnego).

Wykaz autoryzowanych świadczeniodawców opieki zdrowotnej można znaleźć na stronie internetowej Komisji, wcb.ny.gov. W przypadku problemów z opieką zdrowotną lub jeżeli potrzebna jest pomoc w znalezieniu autoryzowanego świadczeniodawcy, prosimy o kontakt z **Biurem Dyrektora ds. Medycznych** dzwoniąc pod numer **(800) 781-2362**.

PRZEJAZDY I INNE WYDATKI

Poszkodowany może otrzymać zwrot wydatków za kilometrówkę, transport publiczny lub inne niezbędne koszty dojazdów na leczenie lub niezależne badania lekarskie. Pokwitowania poniesionych z tego tytułu wydatków należy przekazywać przynajmniej co sześć miesięcy Komisji i ubezpieczycielowi korzystając z **Rejestru wydatków poszkodowanego na cele medyczne i dojazdy oraz wniosku o ich refundację (formularz C-257)**, dostępnego na stronie internetowej Komisji.

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UTRATY ZAROBKÓW

Ubezpieczyciel ma obowiązek niezwłocznej wypłaty świadczeń z tytułu utraty zarobków, jeżeli obrażenia lub choroba poszkodowanego:

- Uniemożliwiają mu wykonywanie pracy przez okres siedmiu dni lub dłużej.
- Powoduje(-ą) trwałe uszkodzenie części ciała.
- Powoduje(-ą) zmniejszenie kwoty zarobków ze względu na zalecone zmniejszenie liczby godzin pracy lub wykonywanie obowiązków służbowych odmiennych od wykonywanych przed powstaniem obrażeń.

W PRZYPADKU PRZESŁUCHANIA

Świadczenia często wypłacane są automatycznie, jednak w niektórych przypadkach konieczne jest przeprowadzenie rozprawy w celu rozwiązania specyficznych kwestii. W przypadku konieczności odbycia przesłuchania, poszkodowany otrzyma od Komisji stosowne powiadomienie, zawierające powód oraz datę i godzinę rozprawy. Należy uważnie przeglądać całość korespondencji otrzymywanej od Komisji i odpowiadać na nią zgodnie z zawartymi tam instrukcjami. Kopie dokumentacji należy zachować na własne potrzeby.

Na dowolnym etapie roszczenia poszkodowany ma prawo skorzystać z usług adwokata lub licencjonowanego przedstawiciela. Adwokat może pomóc w spornych i skomplikowanych sprawach oraz udzielić odpowiedzi na pytania poszkodowanego. Osoba ta nie ma prawa żądać ani pobierać honorarium za usługę. Komisja ustali wysokość honorarium za obsługę prawną i zostanie ono odjęte od przyznanej kwoty świadczeń z tytułu utraty zarobków.

Ważne jest, aby poszkodowany stawił się na wyznaczone przesłuchania i rozumiał cały proces. Pytania należy kierować do przedstawiciela prawnego lub do sędziego, jeżeli poszkodowany nie jest reprezentowany. W przesłuchaniu można brać udział wirtualnie online lub telefonicznie. Odpowiednie instrukcje będą podane w powiadomieniu o przesłuchaniu.

W przypadku niemożności wzięcia udziału w przesłuchaniu, należy jak najszybciej skontaktować się z Komisją, aby przełożyć je na inny termin.

JEŻELI ROSZCZENIE ZOSTANIE ZAKWESTIONOWANE

W niektórych wypadkach ubezpieczyciel może zakwestionować roszczenie. Ubezpieczyciel może nie zgodzić się z poszkodowanym w kwestii tego, że obrażenia lub choroba powstały w związku z wykonywaną pracą, twierdzić, pracodawca nie posiada odpowiedniego ubezpieczenia lub podać inny powód. Jeżeli roszczenie zostało zakwestionowane, Komisja zorganizuje przesłuchanie. Sędzia rozpatrujący sprawę dotyczące funduszu odszkodowań pracowniczych zweryfikuje dokumentację medyczną poszkodowanego, otrzymywane wynagrodzenie oraz inne dowody i zeznania, a następnie podejmie decyzję w sprawie i ustali wysokość ewentualnych świadczeń.

Poszkodowany lub ubezpieczyciel pracodawcy poszkodowanego mogą złożyć pisemne odwołanie od tej decyzji w terminie **30 dni**.

Komisja ds. Odszkodowań Pracowniczych Stanu Nowy Jork chroni prawa pracowników i pracodawców, zapewniając odpowiedni proces wypłaty świadczeń oraz zachowanie zgodności z przepisami prawa. Dodatkowe informacje na temat Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych dostępne są na stronie: wcb.ny.gov.

Członkowie Komisji rozpatrzą otrzymane odwołanie przyjmując, zmieniając lub oddalając odwołanie. Mogą również poprosić o zorganizowanie dodatkowych przesłuchań.

W przypadku zakwestionowania roszczenia, poszkodowany może wnioskować o wypłatę zasiłku chorobowego w okresie rozpatrywania sprawy. Wniosek o wypłatę zasiłku chorobowego należy złożyć w formie **Powiadomienia i potwierdzenia roszczenia o wypłatę zasiłku chorobowego (formularz DB-450)**, dostępnego na stronie internetowej Komisji. Aby uzyskać pomoc, można również skontaktować się z Komisją telefonicznie lub przyjść osobiście do biura Komisji. Jeżeli roszczenie o wypłatę świadczeń z funduszu odszkodowań pracowniczych zostanie rozpatrzone na korzyść poszkodowanego, kwota świadczeń wypłaconych w formie zasiłku chorobowego zostanie odjęta od przyznanej kwoty świadczeń z tytułu utraty zarobków.

RAMY CZASOWE ROSZCZENIA

Leczenie: należy niezwłocznie zasięgnąć pomocy lekarskiej. Prosimy zgłosić się do lekarza w terminie **15 dni** od daty odniesienia obrażeń, a następnie co **90 dni** w przypadku dalszej niezdolności do podjęcia pracy.

Utracone zarobki: w przypadku niezdolności do pracy roszczenie zostanie przyjęte, a jeżeli poszkodowany opuścił więcej niż 7 dni pracy, otrzyma wypłatę świadczeń w terminie **18 dni** od daty wypadku lub w terminie **10 dni** od daty poinformowania ubezpieczyciela. Jeżeli roszczenie zostało zakwestionowane, zostanie wyznaczona data przesłuchania, aby podjąć decyzję w sprawie. Przesłuchanie zostaje zwykle wyznaczone w terminie 28 dni od daty zakwestionowania roszczenia.

POMOC JĘZYKOWA

Komisja przetłumaczy dokumentację na żądany język. Zapewni również bezpłatnie tłumacza podczas rozprawy. Prosimy dzwonić pod numer **(877) 632-4996**, aby poprosić o przetłumaczenie dokumentacji lub pomoc tłumacza. W przypadku udziału w przesłuchaniu wirtualnym, poszkodowany może również poprosić o tłumacza w trakcie formalności poprzedzających rozpoczęcie przesłuchania.

DOSTĘPNA POMOC

Osoby mające trudności z wniesieniem roszczenia mogą poprosić o pomoc **Rzecznika Poszkodowanych Pracowników**. Jeżeli poszkodowanemu potrzebna jest pomoc w zorganizowaniu powrotu do pracy, pracodawca może zaoferować alternatywne lub lekkie obowiązki, które umożliwią podjęcie pracy w okresie rekonwalescencji. Pomoc mogą zaoferować również doradcy ds. rehabilitacji zawodowej Komisji. W przypadku trudności natury rodzinnej lub problemów finansowych będących wynikiem odniesionych obrażeń, Komisja może wyznaczyć do pomocy licencjonowanego pracownika socjalnego. Dodatkowe informacje o tych usługach można uzyskać kontaktując się z Komisją telefonicznie lub na stronie wcb.ny.gov/returntowork/.