



Compili questo modulo per presentare una richiesta di indennità per un infortunio sul lavoro o una patologia correlata al lavoro. Compilare in stampatello o con calligrafia chiara. Questo modulo può essere compilato anche online all'indirizzo [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov).

Numero di pratica WCB (se noto): \_\_\_\_\_

## A. LE SUE INFORMAZIONI (dipendente)

1. Nome: \_\_\_\_\_ 2. Data di nascita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Nome Iniz. 2° nome Cognome

3. Indirizzo postale: \_\_\_\_\_  
N. civico e via / casella postale / appartamento n. Città Stato Codice postale

4. Numero di previdenza sociale: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ 5. Numero di telefono: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 6. Genere:  M  F  X

7. Avrà bisogno di un interprete qualora dovesse partecipare a un'udienza della WCB?  Sì  No Se "Sì", per quale lingua? \_\_\_\_\_

## B. IL SUO DATORE (O DATORI) DI LAVORO

1. Datore al momento dell'infortunio: \_\_\_\_\_ 2. Numero di telefono: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

3. Il suo indirizzo di lavoro: \_\_\_\_\_  
N. civico e via Città Stato Codice postale

4. Data della sua assunzione: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 5. Nome del suo supervisore: \_\_\_\_\_

6. Indichi nomi / indirizzi di eventuali altri datori al momento dell'infortunio / malattia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Ha perso giorni di lavoro presso altri impieghi come conseguenza dell'infortunio / della malattia?  Sì  No

## C. IL SUO LAVORO alla data dell'infortunio o della malattia

1. Qual era il suo titolo o mansione professionale? \_\_\_\_\_

2. Quali tipi di attività eseguiva abitualmente al lavoro? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Il suo lavoro era...? (una sola opzione)  full-time  part-time  stagionale  volontario  Altro: \_\_\_\_\_

4. Qual era la sua retribuzione lorda (ante imposte) per ogni periodo retributivo? \_\_\_\_\_ 5. Con quale frequenza veniva retribuito/a? \_\_\_\_\_

6. Riceveva un alloggio o mance in aggiunta alla retribuzione?  Sì  No Se "Sì", indichi in dettaglio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## D. IL SUO INFORTUNIO O LA SUA MALATTIA

1. Data dell'infortunio o dell'insorgenza della malattia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 2. Orario dell'infortunio: \_\_\_\_\_  AM  PM

3. Dove si è prodotto/a l'infortunio / la malattia? (Ad es. 1 Main Street, Pottersville, alla porta d'ingresso) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Questo era il suo luogo di lavoro abituale?  Sì  No Se "No", perché si trovava presso questo luogo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Cosa stava facendo quando si è prodotto/a l'infortunio o la malattia? (Ad es. scaricando merce da un camion, stilando una relazione) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Come si è prodotto/a l'infortunio / la malattia? (Ad es. ho inciampato su un tubo e sono caduto/a a terra) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Illustri in modo esauriente la natura dell'infortunio / della malattia; indichi le parti del corpo interessate (ad es. distorsione alla caviglia sinistra e taglio sulla fronte): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



IL SUO NOME: \_\_\_\_\_  
Nome Iniz. 2° nome Cognome

DATA DELL'INFORTUNIO /  
DELLA MALATTIA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## D. IL SUO INFORTUNIO O LA SUA MALATTIA *continua*

8. È stato coinvolto un oggetto (ad es. carrello elevatore, martello, acido) nell'incidento / nella malattia?  Sì  No  
Se "Sì", quale? \_\_\_\_\_
9. L'incidento è conseguito dall'uso o dal funzionamento di un autoveicolo provvisto di targa?  Sì  No  
Se "Sì", veicolo  di sua proprietà  del datore di lavoro  di altri N. di targa (se nota): \_\_\_\_\_  
Se era coinvolto un veicolo di sua proprietà, indichi il nome e l'indirizzo della compagnia assicurativa del suo autoveicolo: \_\_\_\_\_
10. Ha dato al suo datore di lavoro (o supervisore) comunicazione di infortunio / malattia?  Sì  No  
Se "Sì", comunicazione data: \_\_\_\_\_  verbalmente  per iscritto Data della comunicazione: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
11. Qualcuno ha assistito all'incidento?  Sì  No  Non noto Se "Sì", indichi i nomi: \_\_\_\_\_

## E. RITORNO AL LAVORO

1. Ha interrotto il lavoro a causa dell'incidento / della malattia?  Sì, in quale data? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  No, passi alla Sezione F.
2. È tornato/a al lavoro?  Sì  No  Se "Sì", in quale data? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  Mansione abituale  Mansione ridotta
3. Se è tornato/a al lavoro, per chi lavora adesso?  Stesso datore  Nuovo datore  Lavoro autonomo
4. Qual è la sua retribuzione lorda (ante imposte) per ogni periodo retributivo? \_\_\_\_\_ Con quale frequenza viene retribuito/a? \_\_\_\_\_

## F. TRATTAMENTO MEDICO PER L'INFORTUNIO O LA MALATTIA

1. Qual è stata la data del suo primo trattamento? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  Nessuno ricevuto (passi alla domanda F-5)
2. È stato/a trattato/a sul posto?  Sì  No
3. Dove ha ricevuto il suo primo trattamento medico fuori sede per l'incidento / la malattia?  Nessuno ricevuto  Pronto soccorso  
 Ambulatorio del medico  Clinica / ospedale / terapia intensiva  Ricovero ospedaliero di oltre 24 ore  
Nome e indirizzo del luogo in cui ha ricevuto il primo trattamento: \_\_\_\_\_  
Numero di telefono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_
4. È ancora in trattamento per l'incidento / la malattia?  Sì  No  
Indichi il nome e l'indirizzo del medico (o medici) che la tratta per l'incidento / la malattia: \_\_\_\_\_  
Numero di telefono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_
5. Ha subito un altro infortunio alla stessa parte del corpo, o ha avuto una malattia simile?  Sì  No  
Se "Sì", ha ricevuto un trattamento da un medico?  Sì  No Se "Sì", indichi il nome e l'indirizzo del medico (o medici) che l'ha trattato, poi **COMPILI E INVII IL MODULO C-3.3 INSIEME A QUESTO MODULO:**
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

6. L'incidento / la malattia precedente era correlato/a al lavoro?  Sì  No  
Se "Sì", stava lavorando per lo stesso datore di lavoro per il quale lavora ora?  Sì  No

Con la presente inoltro una richiesta di sussidi ai sensi della Normativa in materia di infortuni sul lavoro. La mia firma conferma che le informazioni da me fornite sono vere e accurate per quanto a mia conoscenza.

Qualsiasi persona che, consapevolmente e con INTENTO FRAUDOLENTO, determini la comunicazione di qualsiasi informazione che contenga **CONSTATAZIONI FALSE** o occulti qualsiasi fatto materiale, oppure la prepari per comunicarla o affinché sia comunicata a o da un assicuratore o una persona con assicurazione autonoma, **SARÀ REPUTATA COLPEVOLE DI REATO** e soggetta a cospicue **SANZIONI E ALLA RECLUSIONE.**

Firma del(la) dipendente: \_\_\_\_\_ Nome in stampatello: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Per conto del(la) dipendente: \_\_\_\_\_ Nome in stampatello: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**È ammissibile la firma di un'altra persona per conto del(la) dipendente soltanto nel caso in cui tale persona sia legalmente autorizzata e il/la dipendente sia minorenne, mentalmente incapace o impossibilitato/a.**

Certifico per le informazioni a mia conoscenza, formatesi dopo un'indagine ragionevole delle circostanze, che le dichiarazioni e altri elementi di fatto affermati in precedenza hanno sostegno probatorio, o è probabile che abbiano sostegno probatorio dopo una ragionevole opportunità di ulteriori accertamenti o ricerche.

Firma del legale / rappresentante (se presente): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome in stampatello: \_\_\_\_\_ Titolo: \_\_\_\_\_

N. ID, se presente: **R** \_\_\_\_\_ Se rappresentante abilitato, N. abilitazione: \_\_\_\_\_ Data di scadenza: \_\_\_\_\_

## Istruzioni per completare la richiesta di indennità per il/la dipendente (modulo C-3)

Compili questo modulo e lo invii all'indirizzo di posta centralizzata della Workers' Compensation Board indicato in calce alle presenti istruzioni. Se ha bisogno di ulteriore assistenza per compilare il modulo, contatti la Workers' Compensation Board al numero **1-877-632-4996**. È possibile compilare questo modulo anche online all'indirizzo **wcb.ny.gov**. Se non dispone o non conosce il suo numero di pratica della Workers' Compensation Board, lasci vuoto questo campo. Non è necessario per elaborare la sua richiesta. Ricordi di inserire il suo nome e la data del suo infortunio / della sua malattia nella parte superiore della pagina.

### Sezione A - Le sue informazioni (dipendente):

Nella Sezione A, inserisca il suo nome, indirizzo e altre informazioni richieste.

**Nota sulla Voce 7:** le udienze della WCB si svolgono in lingua inglese. Se ha bisogno di un interprete, selezioni **Si** e indichi la lingua di cui ha bisogno.

**Notifica ai sensi della Normativa di New York sulla tutela dei dati personali (New York Personal Privacy Protection Law)**

**(Normativa sui funzionari pubblici, articolo 6-A (Public Officers Law Article 6-A)) e della Normativa federale sulla privacy (Federal Privacy Act of 1974, 5 U.S.C. § 552a).**

L'autorità della Workers' Compensation Board ("WCB") di esigere le informazioni personali, incluso il numero di previdenza sociale, dei richiedenti deriva dall'autorità istruttoria ai sensi della Normativa in materia di infortuni sul lavoro (*Workers' Compensation Law, WCL*) § 20, e dall'autorità amministrativa ai sensi della WCL § 142. Si acquisiscono queste informazioni per consentire alla WCB di indagare e gestire le richieste di indennità il più rapidamente possibile, e di conservarne registri accurati. La comunicazione del numero di previdenza sociale alla WCB è volontaria. Non sono previste sanzioni per la mancata comunicazione del numero di previdenza sociale, né ciò determina il rigetto della richiesta di indennità o la riduzione dei sussidi. La WCB protegge la riservatezza di tutte le informazioni personali in proprio possesso e le divulga soltanto per assolvere ai propri doveri d'ufficio e in ottemperanza alle normative statali e federali vigenti.

### Sezione B - Il suo datore (o datori) di lavoro:

Nella Sezione B, inserisca il nome, l'indirizzo, il numero di telefono e altre informazioni del datore di lavoro per il quale stava lavorando al momento dell'infortunio / della malattia.

**Nota:** il suo datore di lavoro è l'azienda o l'agenzia che eroga il suo stipendio. Se lavora come terzista presso un cantiere o un ufficio, il suo datore di lavoro è il fornitore o l'agenzia di selezione del personale che l'ha assunta, non il cantiere o l'ufficio presso cui si è presentato/a per lavorare.

### Sezione C - Il suo lavoro alla data dell'infortunio o della malattia:

Nella Sezione C, inserisca il suo titolo professionale, le sue attività lavorative e le informazioni sulla retribuzione.

### Sezione D - Il suo infortunio o la sua malattia:

Nella Sezione D, inserisca le informazioni sul suo infortunio o sulla sua malattia.

**Voce 1:** inserisca la data in cui ha subito l'infortunio o la prima data in cui ha notato di essere malato/a.

Se si tratta di un'infermità o una malattia professionale, passi alla voce 2. La data in cui ha subito l'infortunio deve essere nel formato mese / giorno / anno. L'anno deve essere indicato con quattro cifre, ad es. 2015.

**Voce 2:** inserisca l'orario a cui è avvenuto l'infortunio. Selezioni la casella "AM" o "PM" se è avvenuto di mattina o pomeriggio.

**Voce 3:** indichi il luogo in cui si è verificato/a l'infortunio / la malattia, incluso l'indirizzo dell'edificio e il luogo fisico nell'edificio in cui è avvenuto/a l'infortunio / la malattia.

**Voce 4:** selezioni la casella corrispondente se questo era il suo luogo di lavoro abituale. Se non lo era, spieghi per quale motivo si trovava in questo luogo.

**Voce 5:** descriva in dettaglio cosa stava facendo al momento dell'infortunio / della malattia (ad es. scaricando a mano scatoloni da un camion) per spiegare gli eventi che hanno portato all'infortunio.

**Voce 6:** descriva in dettaglio il modo in cui si è verificato/a l'infortunio / la malattia (ad es. stavo sollevando un pesante scatolone da un camion). Deve includere tutte le persone e gli eventi coinvolti nell'infortunio / nella malattia.

**Voce 7:** indichi per intero la natura e l'entità del suo infortunio / della sua malattia, incluse tutte le parti del corpo lesionate. Cerchi di fornire più dettagli possibili (ad es. ho subito uno stiramento alla schiena cercando di sollevare un pesante scatolone. Ora mi fa male quando mi piego in avanti o persino se sorreggo oggetti più leggeri).

**Voce 8:** indichi se è stato coinvolto qualche oggetto nell'incidente **diverso da** un autoveicolo provvisto di targa. Altri oggetti possono includere un utensile (ad es. un martello), una sostanza chimica (ad es. un acido), un macchinario (ad es. un carrello elevatore o un trapano a colonna), ecc.

**Voce 9:** indichi se nell'incidente è stato coinvolto un autoveicolo provvisto di targa. Se lo è stato, selezioni la casella corrispondente per indicare se l'autoveicolo era di sua proprietà, di proprietà del suo datore di lavoro o di proprietà di terzi. Includa il numero di targa (se noto). Se era coinvolto un veicolo di sua proprietà, compili il nome e l'indirizzo della sua compagnia assicurativa di responsabilità civile.

**Voce 10:** selezioni la casella corrispondente se ha dato al suo datore di lavoro o supervisore comunicazione del suo infortunio o della sua malattia. In questo caso, indichi a chi ha dato la comunicazione e se lo ha fatto verbalmente o per iscritto. Includa la data in cui ha dato la comunicazione.

**Voce 11:** selezioni la casella corrispondente se qualcun altro ha assistito all'infortunio. Se qualcuno vi ha assistito, includa il suo (o loro) nome.

### Sezione E - Ritorno al lavoro:

**Voce 1:** se ha smesso di lavorare in conseguenza dell'infortunio / della malattia correlati al lavoro, selezioni la casella "Si" e indichi la data in cui ha smesso di lavorare. Se non ha smesso di lavorare, selezioni la casella "No" e passi alla sezione successiva.

**Voce 2:** se da allora è tornato/a al lavoro, selezioni la casella "Si". Indichi anche in quale data ha iniziato di nuovo a lavorare, nonché se è tornato/a alle sue mansioni abituali o se sta svolgendo una mansione ridotta o limitata. (Se non è tornato/a alle sue complete mansioni lavorative pre-infortunio o pre-malattia, selezioni "mansione ridotta".)

**Voce 3:** se è tornato/a al lavoro, indichi per chi lavora adesso.

**Voce 4:** inserisca la sua retribuzione lorda (ante imposte) per ogni periodo retributivo in riferimento al lavoro che sta svolgendo ora. Indichi con quale frequenza sta ricevendo lo stipendio (settimanale, quindicinale, ecc.).

### **Sezione F - Trattamento medico per l'infortunio o la malattia:**

**Voce 1:** se non ha ricevuto un trattamento medico per l'infortunio / la malattia, selezioni "Nessuno ricevuto" e passi alla voce 5. Altrimenti, inserisca la data in cui ha ricevuto per la prima volta il trattamento per l'infortunio / la malattia e compili il resto di questa sezione.

**Voce 2:** selezioni la casella corrispondente se ha ricevuto sul lavoro il primo trattamento per l'infortunio o la malattia.

**Voce 3:** selezioni il luogo fuori sede in cui ha ricevuto il suo primo trattamento medico per l'infortunio o la malattia. Includa il nome e l'indirizzo della struttura e il numero di telefono (incluso il prefisso locale).

**Voce 4:** se sta ancora ricevendo un trattamento continuo per lo stesso infortunio o la stessa malattia, selezioni "Sì" e indichi il nome e l'indirizzo del medico (o medici) che hanno erogato il trattamento e il numero di telefono (incluso il prefisso locale); altrimenti, selezioni "No".

**Voce 5:** se ha già subito un infortunio alla stessa parte del corpo o ha avuto una malattia simile, selezioni "Sì" e indichi se ha ricevuto da un medico un trattamento per l'infortunio o la malattia. Se ha ricevuto un trattamento da un medico, indichi il nome (o i nomi) e l'indirizzo (o gli indirizzi) del medico (o dei medici) che l'ha trattato, poi **compili e invii il modulo C-3.3 insieme a questo modulo.**

**Voce 6:** in caso abbia subito un infortunio o una malattia precedente, selezioni la casella corrispondente se era correlato/a al lavoro. Se "Sì", selezioni la casella corrispondente nel caso in cui l'infortunio o la malattia si sono verificati mentre lavorava per il suo attuale datore di lavoro.

Firmi il modulo C-3 nello spazio previsto per la firma del(la) dipendente a pagina 2, inserisca il suo nome in stampatello e la data in cui ha firmato il modulo. Se un soggetto terzo sta firmando per conto del(la) dipendente, detta persona deve firmare sulla seconda linea per la firma. Se dispone di una rappresentanza legale, il suo rappresentante deve compilare e firmare la sezione dedicata alla certificazione del legale / del rappresentante in calce a pagina 2.

### **Cosa dovrebbe fare ogni lavoratore in caso di infortunio sul lavoro o di malattia professionale:**

1. Comunicare subito al proprio datore di lavoro o supervisore quando, dove e come si è subito l'infortunio.
2. Accertarsi subito di ricevere assistenza medica.
3. Chiedere al proprio medico di presentare i referti medici alla WCB e al proprio datore di lavoro o alla relativa compagnia assicurativa.
4. Redigere questa richiesta di indennità e inviarla all'ufficio più vicino della Workers' Compensation Board. (Vedere di seguito.) La mancata presentazione entro due anni dalla data dell'infortunio può comportare il rigetto della richiesta. Se si ha bisogno di assistenza per compilare il presente modulo, chiamare o visitare l'ufficio più vicino della Workers' Compensation Board presente nell'elenco sottostante.
5. Presentarsi a tutte le udienze quando si riceve la notifica di comparizione.
6. Tornare al lavoro non appena è possibile; l'importo dell'indennità non è mai pari alla propria retribuzione.

### **I suoi diritti:**

1. In generale, ha diritto a ricevere un trattamento da un medico di sua scelta che sia autorizzato dalla WCB. Se il suo datore di lavoro partecipa a un accordo con fornitori di servizi convenzionati (PPO), lei deve ottenere il trattamento iniziale dal fornitore di servizi convenzionati che è stato incaricato di prestare i servizi sanitari per gli infortuni sul lavoro.
2. NON corrisponda il pagamento al suo medico o ospedale. Le loro fatture saranno saldate dalla compagnia assicurativa qualora il suo caso non venga contestato. Se il suo caso viene contestato, il medico o l'ospedale deve attendere il pagamento fino alla decisione della WCB sul suo caso. Qualora lei non riesca a sostenere il suo caso o la decisione della WCB non sia a suo favore, dovrà corrispondere il pagamento al medico o all'ospedale.
3. Ha anche il diritto a ricevere un rimborso per i farmaci, le stampelle o qualsiasi dispositivo debitamente prescritti dal suo medico e per le spese di trasporto o altre spese necessarie per andare e tornare dallo studio del suo medico o dall'ospedale. (Si faccia rilasciare le ricevute per queste spese.)
4. Ha diritto all'indennità se l'infortunio le impedisce di lavorare per più di sette giorni, la costringe a lavorare per retribuzioni più basse o determina un'invalidità permanente a qualsiasi parte del corpo.
5. L'indennità è direttamente esigibile senza dover attendere una sentenza, tranne quando la richiesta di indennità viene contestata.
6. I lavoratori infortunati o le persone a carico di lavoratori deceduti possono rappresentarsi da soli nelle questioni dinanzi alla WCB o possono avvalersi di un legale o di un rappresentante abilitato che li rappresenti. Se ci si avvale di un legale o di un rappresentante abilitato, il relativo onorario per i servizi legali sarà esaminato dalla WCB e, se approvato, verrà corrisposto dal datore di lavoro o dalla compagnia assicurativa con gli eventuali sussidi di indennità dovuti. I lavoratori infortunati o le persone a carico di lavoratori deceduti non devono corrispondere alcuna somma direttamente al legale o al rappresentante abilitato che li rappresenta in un caso di indennità.
7. Se ha bisogno di assistenza per tornare al lavoro o per affrontare problemi familiari o finanziari causati dal suo infortunio, contatti l'ufficio più vicino della Workers' Compensation Board e chieda di un consulente per la riabilitazione professionale o un assistente sociale.

**Questo modulo deve essere presentato inviandolo direttamente all'indirizzo indicato di seguito:**

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

**Numero verde del servizio clienti: 877-632-4996**