



# Utrata możliwości zarobkowania Formularz danych na temat pracy zawodowej

## VDF-1

KOMISJA DS. ODSZKODOWAŃ  
PRACOWNICZYCH ZATRUDNIA ORAZ  
SŁUŻY OSOBOM  
NIEPEŁNOSPRAWNYM KIERUJĄC SIĘ  
ZASADĄ RÓWNOŚCI

Stan Nowy Jork — Komisja ds. Odszkodowań Pracowniczych

Przed wypełnieniem niniejszego formularza istnieje możliwość skonsultowania się z prawnikiem. Można też zadzwonić pod numer 1-800-580-6665 i poprosić o rozmowę z radcą prawnym Komisji zajmującym się sprawami pracowników, którzy doznali urazu. Prosimy o udzielenie wyczerpujących odpowiedzi na wszystkie pytania. W razie potrzeby prosimy o dołączenie dodatkowych stron.

### A. Dane osobowe

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Nr sprawy WCB (jeżeli jest znany): \_\_\_\_\_  
Pierwsze Inicjał drugiego Nazwisko  
Adres: \_\_\_\_\_  
Ulica i nr domu Miejscowość Stan Kod pocztowy  
Data urodzenia: \_\_\_\_\_ Nr ubezpieczenia społecznego: \_\_\_\_\_ Data wypadku/powstania niepełnosprawności: \_\_\_\_\_

### B. Wykształcenie (wybrać najwyższy poziom wykształcenia)

☐ Niższe niż szkoła średnia ☐ Dyplom szkoły średniej lub egzamin GED ☐ Szkoła pomaturalna/college ☐ Dyplom wyższej uczelni  
W jakim kraju zdobył(-a) Pan/Pani najwyższy poziom wykształcenia: ☐ Stany Zjednoczone ☐ Inny (podać nazwę) \_\_\_\_\_  
Czy odbył(-a) Pan/Pani specjalistyczne szkolenie zawodowe lub praktyki szkoleniowe? ☐ Tak ☐ Nie  
Jeżeli tak, prosimy podać typ szkolenia: \_\_\_\_\_  
Data ukończenia: \_\_\_\_\_ Uzyskane świadectwo/licencja: \_\_\_\_\_  
Data(-y) wygaśnięcia ważności świadectwa/licencji: \_\_\_\_\_  
Czy służył(-a) Pan/Pani w armii Stanów Zjednoczonych? ☐ Tak ☐ Nie Rodzaj wojska/jednostka: \_\_\_\_\_ Data rozpoczęcia i zakończenia służby: \_\_\_\_\_  
Specjalistyczne szkolenie podczas służby w armii Stanów Zjednoczonych: \_\_\_\_\_  
Prosimy wymienić pozostałe szkolenia. Prosimy podać nazwę szkoły/kursu/programu, termin szkolenia i uzyskany stopień, kwalifikacje lub świadectwo.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### C. Praca zawodowa

Prosimy podać wszystkie zajmowane stanowiska i wykonywane zawody w ciągu 10 ostatnich lat (np. pracownik hurtowni, kucharz), wymieniając ostatnio wykonywany na pierwszym miejscu. W razie potrzeby prosimy dołączyć dodatkowe strony.

Stanowisko lub zawód: \_\_\_\_\_  
Obowiązki zawodowe: \_\_\_\_\_  
Długość wykonywania zawodu (w latach): \_\_\_\_\_  
Stanowisko lub zawód: \_\_\_\_\_  
Obowiązki zawodowe: \_\_\_\_\_  
Długość wykonywania zawodu (w latach): \_\_\_\_\_  
Stanowisko lub zawód: \_\_\_\_\_  
Obowiązki zawodowe: \_\_\_\_\_  
Długość wykonywania zawodu (w latach): \_\_\_\_\_

### D. Znajomość i posługiwanie się językiem angielskim

Prosimy wybrać poziom umiejętności w zakresie wymienionych niżej kompetencji językowych: Mówienie ☐ Dobrze ☐ Słabo ☐ Brak umiejętności  
Czytanie ☐ Dobrze ☐ Słabo ☐ Brak umiejętności  
Pisanie ☐ Dobrze ☐ Słabo ☐ Brak umiejętności

Podawane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą i dokładne, zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem. Podpis pod niniejszym dokumentem składany jest pod rygorem odpowiedzialności karnej za podawanie nieprawdziwych informacji.

Podpis wnioskodawcy: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko wnioskodawcy (wpisać wyraźnie wielkimi literami): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## Instrukcja wypełniania formularza VDF-1 „Utrata możliwości zarobkowania — Formularz danych na temat pracy zawodowej”

Prosimy o udzielenie wyczerpujących odpowiedzi na wszystkie pytania. W razie potrzeby prosimy o dołączenie dodatkowych stron. Formularz należy przesłać do Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych na niżej podany adres. Przed wypełnieniem niniejszego formularza istnieje możliwość skonsultowania się z prawnikiem. Można też zadzwonić pod numer 1-800-580-6665 i poprosić o rozmowę z radcą prawnym Komisji zajmującym się sprawami pracowników, którzy doznali urazu. Informacje zawarte w niniejszym formularzu zostaną wykorzystane do ustalenia Pana/Pani skali utraty możliwości zarobkowania

**W przypadku, gdy Pan/Pani nie posiada lub nie zna numeru sprawy WCB, prosimy nie wypełniać tego pola. Podanie numeru sprawy nie jest wymagane do rozpatrzenia składanego wniosku. Należy sprawdzić, czy zostało podane imię i nazwisko oraz data powstania urazu bądź wystąpienia choroby.**

### Sekcja A — Dane osobowe:

- Prosimy podać pełne imię i nazwisko. Należy wpisać imię, inicjał drugiego imienia oraz nazwisko.
- Prosimy podać numer sprawy nadany przez Komisję ds. Odszkodowań Pracowniczych, jeżeli jest znany.
- Prosimy podać adres pocztowy. Powinien on obejmować nr skrytki pocztowej, jeżeli jest, miejscowość, stan i kod pocztowy.
- Prosimy podać datę urodzenia.
- Prosimy podać numer ubezpieczenia społecznego. Podanie tego numeru pomoże w szybszym rozpatrzeniu wniosku.
- Prosimy podać datę powstania urazu.

### Sekcja B — Wykształcenie:

- Prosimy zaznaczyć pole znajdujące się obok najwyższego osiągniętego poziomu wykształcenia.
- Prosimy zaznaczyć odpowiedź „Tak”, jeżeli ukończył(-a) Pan/Pani dowolne specjalistyczne szkolenie zawodowe lub praktyki. W przeciwnym razie prosimy zaznaczyć odpowiedź „Nie”. Jeżeli zaznaczył(-a) Pan/Pani odpowiedź „Tak”, prosimy podać typ szkolenia i praktyk zawodowych. Prosimy podać daty ukończenia szkoleń lub praktyk. Należy wymienić wszystkie uzyskane świadectwa lub licencje oraz daty wygaśnięcia ich ważności.
- W przypadku odbycia służby w jednostkach armii Stanów Zjednoczonych prosimy zaznaczyć odpowiedź „Tak”. W przeciwnym razie prosimy zaznaczyć odpowiedź „Nie”. Jeżeli wybrał(-a) Pan/Pani odpowiedź twierdzącą, prosimy podać rodzaj wojsk/jednostkę, w której odbywała się służba. Prosimy podać datę rozpoczęcia i zakończenia służby. Prosimy wymienić wszystkie odbyte szkolenia zawodowe i/lub specjalistyczne.
- W przypadku ukończenia innych szkoleń niewymienionych powyżej, prosimy podać rodzaj odbytych szkoleń. Prosimy podać uzyskany stopień, kwalifikację lub świadectwo.

### Sekcja C — Praca zawodowa:

- Prosimy podać ostatnio wykonywany zawód lub zajmowane stanowisko (np. pracownik hurtowni, kucharz). Jeżeli wykonywał(-a) Pan/Pani ten zawód lub zajmował(-a) Pan/Pani to stanowisko, pracując u więcej niż jednego pracodawcy, prosimy wymienić je tylko raz.
- Prosimy wymienić typowe zadania i obowiązki.
- Prosimy o wskazanie, jak długo pracował(-a) Pan/Pani w tym zawodzie/zajmował(-a) to stanowisko.

### Sekcja D — Znajomość i posługiwanie się językiem angielskim:

- Prosimy wskazać stopień znajomości i posługiwania się językiem angielskim.

**Formularz należy podpisać i przesłać jego oryginał do Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych. Kopię należy zachować dla siebie.**

**Potencjalny pracodawca nie może wymagać od Pana/Pani wydania/ujawnienia dokumentacji dotyczącej odszkodowania pracowniczego. Patrz Prawo dotyczące odszkodowań za wypadki przy pracy, sekcja 110-a.**

---

### SPOSÓB POSTĘPOWANIA Z NINIEJSZYM FORMULARZEM:

Raporty należy wprowadzać do akt poprzez wysyłanie ich bezpośrednio do Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych na niżej podany adres, przekazując kopię dokumentu ubezpieczycielowi. Raporty można także wprowadzać do akt poprzez wysłanie ich faksem na stanowy numer Komisji, tj. 1-877-533-0337. Dołączając dodatkowe dokumenty należy podawać nr sprawy nadany przez Komisji (Nr WCB) na każdej stronie.

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