FIRST REPORT OF INJURY/ PIERWSZE ZGŁOSZENIE URAZU

**If your injury requires immediate attention, or is life threatening, please report to the nearest emergency room./ Jeśli odniesiony uraz wymaga natychmiastowej pomocy lub zagraża życiu, należy zgłosić się do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego.**

**For prompt handling of your claim, please ensure all fields are completed to the best of your ability:/**

W celu szybkiego rozpatrzenia Pańskiego roszczenia, prosimy o możliwie najdokładniejsze wypełnienie wszystkich pól.:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Injury Date/:**  **Data odniesienia urazu:** |  | **Person Reporting Claim: /**  **Osoba zgłaszająca roszczenie:** |  |
| **Injury Time:**  **Czas, w którym doszło do urazu:** |  | **Phone# of Person Reporting Claim: / Numer telefonu osoby zgłaszającej**  **roszczenie:** |  |

Employee Information /

**Dane pracownika**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Claimant SSN:/ Numer SSN (social security) osoby**  **wnoszącej roszczenie:** |  | **Date of Birth:/ Data urodzenia:** |  | **Age:/ Wiek:** |  |
| **Legal Name:/ Nazwisko i imię:** |  | **Marital Status:/ Stan cywilny:** |  | **Gender:/ Płeć:** |  |
| **Address:/ Adres:** |  | **Days Worked:/ Przepracowane**  **dni:** |  | **Employment Status:/ Status zatrudnienia:** |  |
| **Wage Rate (Monthly)/ Stawka wynagrodzenia**  **(miesięcznie)** |  |  | |
| **Home Phone:/ Telefon domowy:** |  | **10 or 12 Month Employee:/ Pracownik pracujący 10 lub**  **12 miesięcy:** |  | **Work Hours:/ Godziny pracy:** |  |
| **Cell Phone:/ Telefon komórkowy:** |  | **Title:/ Tytuł:** |  | **Personal Email:/ Adres prywatnego e-**  **maila:** |  |

**Employee Information / Dane pracownika**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Employer:/ Pracodawca:** |  | **Phone:/ Telefon:** |
| **Location of Accident:/ Miejsce wypadku:** |  | **Contact:/ Kontakt:** |
| **Location of Accident Off Premises:/**  **Miejsce wypadku poza terenem pracy:** |  | |
| **Location Address: City, State & Zip/ Adres tego miejsca: Miasto, stan i kod**  **pocztowy** |  | |

**Incident Information/ Informacje o incydencie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date employer notified:/**  **Data powiadomienia pracodawcy:** |  | **Injury reported to:/ Uraz zgłoszony do:** |
| **Who incident was reported to:/ Komu zgłoszono incydent:** |  | |
| **Supervisor name:/**  **Imię i nazwisko przełożonego:** |  | |
| **Witness name & phone:/ Nazwisko i telefon świadka:** |  | |
| **Nature of injury:/ Charakter urazu:** |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Part of body affected:/ Uszkodzona część ciała:** |  | | |
| **Object causing injury:/**  **Obiekt ktory spowodował uraz:** |  | | |
| **How injury occurred:/ Jak doszło do urazu:** |  | | |
| **Dominant hand:/ Dominująca ręka:** |  | | |
| **Prior medical condition?**  **(Please describe all conditions)/ Wcześniejsze schorzenia? (Należy opisać wszystkie**  **schorzenia)** |  | | |
| **Previous workers’ comp injury? Poprzednie urazy w miejscu pracy?**  **(Podaj daty/urazy)** |  | | |
| **Primary Care Physician:/**  **Lekarz rodzinny:** |  | | |
| **Mitchell card received?/**  **Czy otrzymał/a Pan/Pani kartę Mitchell?** | * **Yes/Tak** | * **No/Nie** |  |
| **NJSIG/QualCare Card Received?/**  **Czy ma Pan/Pani kartę NJSIG/QualCare?** | * **Yes/Tak** | * **No/Nie** |  |
| **Child involved & age/**  **Dziecko, które odniosło uraz i jego wiek** | * Yes/Tak | * No/Nie | **Age:/Wiek:** |
| **Special needs child:/ Dziecko specjalnej troski:** | * **Yes/Tak** | * **No/Nie** |  |

Initial Treatment/

**Leczenie początkowe**

|  |  |
| --- | --- |
| **Is treatment being requested? /**  **Czy wnioskowane jest leczenie?** | * **Yes / Tak ☐ No / Nie**   **If treatment is being requested, an NJSIG representative will reach out to you on the next business day./**  **Jeśli wnioskowane jest leczenie, przedstawiciel NJSIG skontaktuje się z Panem/Panią w następnym dniu roboczym.** |
|  |  |

**Additional Comments:/ Dodatkowe uwagi:**