

Anspruchsnr. \_\_\_\_\_

**3**

## Arbeitnehmerinformationen

Nachname		Vorname		
Adresse				Ort
Provinz	Postleitzahl	Telefonnr. ( )	Geburtsdatum TT / MM / JJJJ	PHIN (persönliche Gesundheitsidentifizierungsnummer)
Sozialversicherungsnummer	Männlich <input type="checkbox"/>	Weiblich <input type="checkbox"/>	Stellenbezeichnung	

## Arbeitgeberangaben

Name des Unternehmens		Adresse (einschließlich Filiale, wo zutreffend)		
Ort	Provinz	Postleitzahl	Telefonnr. ( )	

## Unfallangaben

Datum des Unfalls TT / MM / JJJJ	Verletzte(r) Bereich(e)
Datum der Meldung an den Arbeitgeber TT / MM / JJJJ	Name und Stellung der Person, der der Unfall gemeldet wurde.
Bitte beschreiben Sie den Unfall so ausführlich wie möglich. (Benutzen Sie ein weiteres Blatt Papier, falls erforderlich. Falls zutreffend, geben Sie eventuelle Zeugen an.)	
Stadt und Provinz, in der der Unfall passierte.	
Fand der Unfall auf dem Firmengelände des Arbeitgebers statt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn nicht, geben Sie den Namen und die Adresse des Geländes an, auf dem der Unfall passierte.

## Name und Adresse des Arztes/der Ärzte und/oder des Krankenhauses/der Krankenhäuser, von dem/denen bzw. in dem/in denen Sie behandelt wurden (Fügen Sie ein weiteres Blatt Papier hinzu, falls erforderlich)

Name	Adresse	Besuchsdatum TT / MM / JJJJ
Name	Adresse	Besuchsdatum TT / MM / JJJJ

## Zeit- und Gehaltsausfall (Bitte füllen Sie diesen Abschnitt nur dann aus, wenn Sie Arbeitszeitausfall nach dem Unfalldatum hatten.)

Was war Ihr letzter Arbeitstag (mit Uhrzeit) nach dem Unfall?	TT / MM / JJJJ um UHR
Haben Sie Ihre Tätigkeit wiederaufgenommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wann? TT / MM / JJJJ um UHR
Wurde Ihr Gehalt von Ihrem Arbeitgeber bezahlt, während Sie arbeitsunfähig waren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Haben Sie anderes Einkommen aus Erwerbstätigkeiten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wie viele Stunden in der Woche arbeiten Sie? Falls dies variiert, machen Sie bitte nähere Angaben.	Was sind normalerweise Ihre freien Tage? Falls dies variiert, machen Sie bitte nähere Angaben.
Wie hoch ist Ihr derzeitiger Stundenlohn? \$	Wie hoch ist Ihr reguläres Bruttoeinkommen? (wöchentlich, alle zwei Wochen usw. angeben) \$
Was ist Ihr Familienstand? <input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Gewohnheitsrechtliche Beziehung <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Getrennt <input type="checkbox"/> Geschieden	Ist Ihr Ehegatte/in/Ihr Partner/in berufstätig, falls verheiratet/in gewohnheitsrechtlicher Beziehung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie persönlich berechtigt, Abzüge auf Ihrer derzeitigen Einkommenssteuererklärung geltend zu machen für:	
Unterhaltsberechtigter Kinder unter 18 Jahren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, wie viele Unterhaltsberechtigter? _____
Behinderte Unterhaltsberechtigter über 18 Jahren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, wie viele Unterhaltsberechtigter? _____
Ausgaben für Kindesunterhalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, schätzen Sie die gesamten Abzüge für das derzeitige Steuerjahr \$ _____
Kindesunterhaltszahlungen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, geben Sie den monatlichen Betrag an \$ _____ jährlicher Gesamtbetrag \$ _____
Unterhaltszahlungen für den/die Ehegatten/in? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, geben Sie den monatlichen Betrag an \$ _____ jährlicher Gesamtbetrag \$ _____
Haben Sie einen Antrag auf Einkommen bei einer anderen Stelle eingereicht? (z. B. EI, CPP (kanadischer Rentenplan), Sozialversicherung, firmeneigener Arbeitsfähigkeitsplan usw.) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, bitte beschreiben.

Name des Arbeitnehmers	Anspruchsnr.	<b>3</b>
------------------------	--------------	----------

### Deckung

War jemand, der in den Unfall verwickelt war, kein Arbeitnehmer Ihres Arbeitgebers? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, geben Sie bitte den Namen und die Adresse an.
Sind Sie ein Partner, Geschäftsführer oder alleiniger Eigentümer der Firma? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Sind Sie ein Vertragsnehmer? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, bitte angeben: <input type="checkbox"/> Bau <input type="checkbox"/> Holzfällerei (entsprechende Abschnitte unten ausfüllen)
Sind Sie eigenverantwortlicher Betreiber? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, bitte angeben: <input type="checkbox"/> Kurier <input type="checkbox"/> Spedition <input type="checkbox"/> Abschleppunternehmen (entsprechende Abschnitte unten ausfüllen)
<b>Bitte beantworten Sie diese Fragen, wenn der Unfall zwischen dem 1. Jan. 1992 und 31. Dez. 2005 stattgefunden hat.</b>	
Sind Sie ein Familienmitglied Ihres Arbeitgebers (oder falls der Arbeitgeber eine Gesellschaft ist, ein Familienmitglied des Geschäftsführers)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Falls ja, wohnen Sie mit dem Arbeitgeber/Geschäftsführer zusammen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

### Landwirtschaft:

Sind Sie mit dem Landwirt verwandt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---

### Vertragsnehmer oder eigenverantwortlicher Betreiber:

(nur ausfüllen, wenn Sie Vertragsnehmer oder eigenverantwortlicher Betreiber sind)

Sind Sie durch Ihren Arbeitgeber beim WCB gedeckt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls nein, sind Sie beim WCB registriert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Arbeiten Sie mit einem Partner? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Beschäftigen Sie andere Arbeiter? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

### Vertragsnehmer im Bau

Liefere Sie Material und Geräte? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, bitte angeben.
--	--------------------------

### Vertragsnehmer in der Holzfällerei

Liefere Sie Material und Geräte? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, bitte angeben.
Fällen Sie unter der Firmenlizenz für Holzverkauf, unter einer Holzschlagberechtigung oder einer Sägemühlenlizenz der Firma? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls nein, unter wessen Lizenz für Holzverkauf, Holzschlagberechtigung oder unter wessen Sägemühlenlizenz haben Sie Holz geschlagen?

### Eigenverantwortlicher Betreiber ist ein Kurier

Was ist das Bruttogewicht des Fahrzeugs? (Dies kann von der Autopac-Registrierung erhalten werden.)
---

### Eigenverantwortlicher Betreiber in einer Spedition

Befördern Sie innerhalb eines Umkreises von 16 km der Stadt oder der Gemeinde, in der sich die Verladestation befindet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sind Sie ein Fernfahrer? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Stellen Sie das Fahrzeug? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, wie viele Fahrzeuge stellen Sie?

Mir ist bewusst, dass unter dem The Workers Compensation Act (Gesetzgebung der Arbeitsunfallversicherung) das WCB Informationen über mich erfassen kann, um die Schadenregulierung und meinen Anspruch zu bearbeiten, und dass Informationen meines Anspruchs zu Zwecken des WCB-Programms gegenüber meinem Arbeitgeber oder einem Vertreter des Arbeitgebers offengelegt werden können oder an andere, wie durch das Gesetz zugelassen, weitergegeben werden können, u.a. The Workers Compensation Act, The Personal Health Information Act (Gesetz zum Schutz der Informationen über die persönliche Gesundheit) und The Freedom of Information and Protection of Privacy Act (Gesetz über die Auskunftspflicht öffentlicher Einrichtungen und Schutz der Privatsphäre). Die erfassten Informationen können zur Durchführung der Bewertungen und der Umfragen des WCB herangezogen werden.

Wenn Sie Fragen zur Erfassung, Benutzung oder Offenlegung von Informationen zu Ihrem Anspruch haben, wenden Sie sich bitte an den WCB's Access and Privacy Officer (Zugangs- und Datenschutzbeauftragter) unter 204-954-4557 oder gebührenfrei unter 1-800-362-3340 Nebenstelle 4557.

#### Freigabe medizinischer Informationen

Personen im Besitz von medizinischen und anderen Informationen, die das WCB zu den relevanten Informationen in diesem Fall rechnet, erhalten meine Erlaubnis, diese auf Anforderung an das WCB freizugeben.

#### Freigabe von Einkommensangaben der Canada Customs and Revenue Agency (Zoll- und Steuerbehörde Kanadas)

Ich erteile die Befugnis, dem Workers Compensation Board (Gesetzgebung der Arbeitsunfallversicherung) von Manitoba Kopien meiner vollständigen Einkommenssteuererklärungen und anderer Steuerunterlagen, einschließlich aller Nachweis-Informationsblätter, Pläne und Finanzauszüge zukommen zu lassen. Die Informationen werden verwendet, um:

- (1) meinen durchschnittlichen Verdienst zu berechnen und
- (2) meine Berechtigung auf Leistungen unter dem Workers Compensation Act zu bestimmen und zu überprüfen

Diese Befugnis gilt für die zwei Steuerjahre vor dem Unterzeichnungsjahr, dem Unterzeichnungsjahr und für jedes folgende Steuerjahr, in dem Leistungen gewährt werden.

Unterschrift des Arbeitnehmers <b>X</b>	Datum TT / MM / JJJJ
--	-------------------------