

# DRZAVA VERMONT

## Odgovornost i kompenzacija radnika

### OBAVIJEST ZAPOSLENIM

POSLODAVAC, \_\_\_\_\_ JE POSTUPIO U SKLADU SA ODREDBOM BROJ 21, VERMONTSKOG STATUTA, § 687, TAKO STO JE UVEO OSIGURANJE ZA KOMPENZACIJU RADNIKA, PREKO:

---

NOSILAC OSIGURANJA

KOMPENZACIJA RADNIKA ZA IZGUBLJENO VRIJEME, TROSKOVE LIJECENJA, INVALIDNOST I SMRT, KOJI SU REZULTAT POVREDA NA RADU STOJI NA RASPOLAGANJU PUTEM OVE KOMPANIJE.

POVRIJEDJENI RADNIK MORA ODMAH DA OBAVIJESTI SVOGA POSLODAVCA O POVREDI.

POSLODAVAC MORA ZA SVAKU POVREDU KOJA ZAHTIJEVA ZDRAVSTVENU INTERVENCIJU ILI IMA ZA POSLJEDICU GUBITAK VREMENA NA RADNOM MJESTU, U ROKU OD 72 SATA OD PRIMANJA OBAVIJESTI O NESRECI ILI BOLESI, ISPUNITI ZAHTJEV I PRVI IZVJESTAJ ZAPOSLENOG – FORMULAR 1 (FIRST REPORT), ZAJEDNO SA ZAVODOM ZA RAD I INDUSTRIJU ( DEPARTMENT OF LABOR AND INDUSTRY).

AKO POSLODAVAC NE ISPUNI PRVI IZVJESTAJ, ZAPOSLENI MOZE ISPUNITI OBAVIJEST O POVREDI I ZAHTJEV ZA KOMPENZACIJU (FORMULAR 5), ZAJEDNO SA UREDOM ZA RAD I INDUSTRIJU (DEPARTMENT OF LABOR AND INDUSTRY), U ROKU OD SEST MJESECI OD DATUMA POVREDE.

INFORMACIJE O PRAVIMA POVRIJEDJENIH RADNIKA SE MOGU DOBITI OD ZAVODA ZA RAD I INDUSTRIJU (DEPARTMENT OF LABOR AND INDUSTRY), NA TELEFON:  
(802) 828 – 2286 ili TDD 800-650-4152.

FORM 31 6/2017