

DRŽAVA 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.