



청구 정보 - 모든 통신문에는 이 번호가 포함되어야 함

부상/발병 날짜: _____ WCB 케이스 번호: _____ 본인의 PPD 지정 수당 만료일 (월/일/연도): _____

직원 정보

성: _____ 이름: _____ 이름 중간 이니셜: _____

우편 주소: _____ 라인 2: _____

시: _____ 주: _____ 우편번호: _____ 국가: _____

주간 연락 전화번호: _____ 이메일 주소: _____

C-35 양식 제출 시기 - 본 서식은 산재보상법 제35조 (3)항에 명시된 극심한 재정 문제로 재심사를 필요로 하는 부상 근로자인 경우, 그리고 돈을 벌 수 있는 능력의 손실이 75% 이상인 영구적인 부분 장애로 판정을 받은 경우, 그리고 정해진 수당이 1년 이내에 만료될 경우(당일로부터 365일 또는 그 이하)에만 사용하십시오.

비임금 가구 소득 - 매달 받는 모든 비임금 소득을 열거하십시오.

	부상 근로자	배우자	기타 성인 동거자 및 부상 근로자
산재보상 수당	_____	_____	_____
사회 보장 장애 수당	_____	_____	_____
사회 보장 퇴직 급여	_____	_____	_____
자녀 양육 수입	_____	_____	_____
배우자 생계비	_____	_____	_____
기타 소득 (구체적으로):	_____	_____	_____
기타 소득 (구체적으로):	_____	_____	_____
기타 소득 (구체적으로):	_____	_____	_____
총 비임금 가구 소득	_____	_____	_____

매달 필요한 생활비 - 월 금액을 열거하십시오. 월 금액 외 기타 지출은 지침을 참조하십시오.

가구 지출	월 지출	기타 지출 (구체적으로)	월 지출
임대료 또는 융자금	_____	_____	_____
전기료, 기름/가스비, 수/쓰레기비	_____	_____	_____
전화/휴대폰/케이블/인터넷	_____	_____	_____
총 가구 지출			_____

극심한 재정 문제에 기여하는 기타 요인들 - 극심한 재정 문제에 기여하는 기타 요소에 대한 상세 정보를 제공하려면 이 공간을 사용하거나 용지에 따로 기재하여 첨부하십시오.

부상 근로자 서명: _____ 날짜: _____

고의성을 가지고 사취적 의도가 있다고 판단되거나, 허위 진술을 포함하는 모든 정보를 제공하거나 보험사 또는 자가 보험사에게 제시하거나 또는 반대로 이들이 제시하거나, 사실을 은폐할 것이라는 지식이나 의도를 드러내거나 그러한 준비를 할 경우에는 범죄 혐의로 기소되고 상당 액수의 벌금형과 감금형을 받을 수 있습니다.

부상 근로자 - 본 양식 사용에 대한 일반 정보

본 양식(C-35) 및 첨부 자료는 팩스, 이메일 또는 일반 우편을 통해 산재보상 위원회에 제출할 수 있습니다. 주소 정보는 아래를 참조하십시오. 작성된 양식 및 증빙 서류 사본은 보관하십시오. 위원회에서 작성하신 양식을 검토한 후에 궁금한 사항이 있으면 당사자에게 연락할 수 있습니다. 본 양식에 모든 관련 정보를 기재할 수 있는 공간이 충분하지 않은 경우에는 별도의 종이에 추가 정보를 기재하여 함께 동봉하십시오. 모든 서류에는 이름, WCB 케이스 번호 및 부상 또는 발병 날짜를 명확하게 기입하십시오.

1. 본 양식은 돈을 벌 수 있는 능력의 손실이 75% 이상인 영구적인 부분 장애로 판정을 받은 부상 근로자가 사용하도록 마련된 것입니다.
2. 본 양식은 예정된 보상금 소진 전보다 일 년 이내에 산재보상 위원회에 제출할 수 있습니다. 수당 예산액 소진 일 년 전에 제출된 양식은 반환되며 처리되지 않습니다.
3. 본 양식을 사용하여 부상 근로자와 같은 가정에 동거하는 구성원을 포함한 모든 출처의 소득을 기재하십시오. 필요한 경우 용지를 따로 기입하여 첨부하십시오. 본 양식을 사용하여 가구 지출 및 극심한 재정 문제에 기여하는 기타 요소를 열거하십시오.

경비에 대한 월 금액을 입력하십시오. 월별로 지출하지 않은 경비는 다음과 같이 바꾸십시오.

청구서가 지불되었으면...	다음과 같이 월 금액을 계산하십시오...
분기	3으로 나눈 값
주간	4.3을 곱한 값
격주(2주 1회)	2.17을 곱한 값
반월(매달 2회)	2을 곱한 값

4. C-35에 기술된 모든 경비 및 가구 소득에 대한 서류를 제출하십시오. 불완전하게 작성한 신청서는 완전한 정보가 접수될 때까지 보류될 수 있습니다.

양식 C-35의 상단에 신원 정보를 기입하고 첨부 가능한 모든 해당 정보와 함께 다음 서식을 보내주십시오.

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

이메일 주소: wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov • 뉴욕주 팩스 번호: (877) 533-0337

정보의 공개: 위원회는 귀하의 동의없이 귀하의 케이스에 관한 어떠한 정보도 권한이 없는 당사자에게 공개하지 않을 것입니다. 그러한 정보를 허가받지 않은 자에게 공개하기로 결정한 경우, 서명이 날인된 OC-110A 양식 원본, 청구인의 산재보상 기록 공개 허가서 또는 서명 날인 및 공증된 승인서 원본을 위원회에 제출해야 합니다. OC-110A 양식은 가까운 WCB 사무국에 전화하여 발송하거나 웹 페이지(www.wcb.ny.gov)에서 다운로드할 수 있습니다. 또한 Common Form Online에서도 찾을 수 있습니다. 작성된 승인 양식을 봉투에 넣어 위에 기재된 주소로 보내주십시오.

뉴욕 개인 사생활 보호법에 의거한 고지 사항 (공무원법 제 6-A조) 및 1974년 연방 개인 정보 보호법(5 U.S.C. § 552a). 청구인이 소셜 시큐리티 번호를 포함한 개인 정보를 제공할 것을 요청하는 산재보상 위원회(Board's)의 권한은 산재보상법(WCL) § 20조 및 WCL § 142에 따른 행정 권한에 따라 위원회의 조사 기관에서 파생된 것입니다. 이러한 정보를 수집하는 것은 위원회가 최대한 가장 편리한 방식으로 청구를 조사 및 집행하고, 정확한 청구 기록을 유지하는 데 도움이 되기 위함입니다. 위원회에 소셜 시큐리티 번호를 제공하는 것은 자발적에 의한 것입니다. 이 양식에 귀하의 소셜 시큐리티 번호를 제공하지 않아도 처벌을 받거나, 해당 청구가 거부되거나 불이익을 받지 않습니다. 위원회는 모든 개인 정보의 기밀을 유지하며 본 정보는 해당 주 및 연방법에 따라 공무원의 직무를 향상시키기 위해서만 공개합니다.