

**УВЕДОМЛЕНИЕ И ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ЗАЯВКИ НА ПОСОБИЕ ПО НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ****Как оформить заявку на пособие по нетрудоспособности**

Не отправляйте эту форму ранее первого дня нетрудоспособности. Чтобы не потерять право на пособие, вы должны отправить заполненную форму требования в течение **30 календарных дней после первого дня нетрудоспособности**. Сделайте копию всех форм и документов и сохраните их.

1. Если вы заполняете эту форму, потому что вы получили нетрудоспособность **во время работы** или получили нетрудоспособность **в течение четырех (4) недель после увольнения**, вы должны отправить заполненную заявку вашему работодателю или в страховую компанию вашего последнего работодателя. Информацию о страховой компании, в которой ваш работодатель оформил страхование от нетрудоспособности, можно узнать на сайте Совета по компенсациям работникам (WCB) [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov), используя функцию поиска страховщика работодателя (Employer Coverage Search).
2. Если вы заполняете эту форму, потому что вы получили **нетрудоспособность, будучи безработным в течение более четырех (4) недель после увольнения**, вашу заполненную заявку НЕОБХОДИМО отправить по почте по адресу: **Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029**. Если вы ответили «Да» на вопрос 13.B.4, заполните и приложите форму DB-450.1.

**Примечание.** В этой форме один раздел заполняется вашим поставщиком медицинских услуг и один раздел заполняется вашим работодателем. Перед передачей формы вашему работодателю заполните ваш раздел и сделайте копию, чтобы оставить у себя для контроля.

- Поставщик медицинских услуг обязан вернуть вам форму с заполненной частью B в течение семи дней. Если возникла задержка, вам придется подождать с отправкой формы в свою страховую компанию. Если часть B не заполнена (или заполнена не полностью), выплата пособия может быть задержана.
- Ваш работодатель обязан вернуть вам форму с заполненной частью C в течение трех рабочих дней. Если возникла задержка, вам не нужно дожидаться ответа — вы должны отправить форму в свою страховую компанию. Ваша заявка на пособие по нетрудоспособности не может быть отклонена только потому, что ваш работодатель не заполнил свой раздел.

**Что важно знать**

Вы получите ответ в течение 18 дней после первого дня вашего отпуска по нетрудоспособности или после получения работодателем или страховой компанией вашей заполненной заявки, в зависимости от того, что наступит позже. Если ваша заявка будет отклонена, вы получите либо «Уведомление об отклонении заявки на пособие по нетрудоспособности» (форма DB-DEN), либо «Уведомление о полном или частичном отклонении заявки на пособие по нетрудоспособности» (форма DB-451). Если вы получили форму DB-DEN, вы получите форму DB-451 с дополнительной информацией в течение 45 дней после первого дня отпуска по нетрудоспособности или получения работодателем или страховой компанией вашей заполненной заявки, в зависимости от того, что наступит позже.

Если вы не получили ответ в течение 18 дней (или форму DB-451 в течение 45 дней) или у вас возникли вопросы относительно вашей заявки на пособие по нетрудоспособности, обратитесь в страховую компанию вашего работодателя. Для получения общей информации о пособиях по нетрудоспособности посетите сайт [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov) или позвоните в Бюро по пособиям по нетрудоспособности (Disability Benefits Bureau) Совета по телефону (877) 632-4996.

**Инструкции по заполнению Уведомления и подтверждения заявки на пособие по нетрудоспособности (форма DB-450)****ЧАСТЬ А. СВЕДЕНИЯ О РАБОТНИКЕ** (заполняется работником)

Вы должны ответить на все вопросы в этом разделе.

**Вопрос 9.** Укажите как можно точнее приблизительную среднюю недельную заработную плату. Заполните таблицу, указав вашу общую заработную плату у последнего работодателя до наступления нетрудоспособности. Если в течение 8 недель, предшествовавших нетрудоспособности, вы работали у нескольких работодателей, укажите также всю заработную плату, которую вы получали у этих работодателей.

Шаг 1. Сложите всю полученную общую заработную плату (до всех вычетов) за последние восемь недель до первого дня нетрудоспособности, включая сверхурочные и чаевые. (Инструкции по расчету размера бонусов и/или комиссионных см. в пункте 3.)

Шаг 2. Разделите сумму общей заработной платы, полученную в шаге 1, на 8 (или на количество отработанных недель, если оно меньше восьми), чтобы рассчитать среднюю недельную заработную плату.

Шаг 3. Если вы получали бонусы и/или комиссионные в течение 52 недель до наступления первого дня нетрудоспособности, добавьте пропорциональную недельную сумму к средней недельной заработной плате. Чтобы определить пропорциональную недельную сумму, сложите все бонусы/комиссионные, полученные за предыдущие 52 недели, и разделите полученную сумму на 52.

**УВЕДОМЛЕНИЕ И ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ЗАЯВКИ НА ПОСОБИЕ ПО НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ****ЧАСТЬ В. ЗАЯВЛЕНИЕ ПОСТАВЩИКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ** (заполняется поставщиком медицинских услуг)

Поставщик медицинских услуг должен полностью заполнить это заявление и вернуть его в течение семи дней после получения этой формы.

**ЧАСТЬ С. СВЕДЕНИЯ О РАБОТОДАТЕЛЕ** (заполняется работодателем)

Работодатель должен заполнить этот раздел и вернуть форму работнику в течение трех рабочих дней с момента получения.

**Вопрос 6.** Если заработная плата сохранялась во время нетрудоспособности, укажите, как выплачивалась заработная плата — как продолжение выплаты заработной платы, в форме оплачиваемого отпуска, больничного и т. д.

**Вопрос 8.** Укажите заработную плату, полученную работником за последние восемь недель до первого дня нетрудоспособности. Общая выплаченная сумма — это общая недельная заработная плата работника, включая все сверхурочные и чаевые, заработанные за эту неделю, плюс недельная пропорциональная сумма всех бонусов или комиссионных, полученных в течение предшествующих 52 недель. (Подробные инструкции см. в вопросе 9 в инструкциях для части А.) Рассчитайте общую среднюю недельную заработную плату, сложив общие выплаченные суммы и разделив полученную сумму на 8 (или на количество отработанных недель, если оно меньше 8).

**УВЕДОМЛЕНИЕ И ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ЗАЯВКИ НА ПОСОБИЕ ПО НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ**

**ЧАСТЬ А. СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ** (заполните печатными буквами или напечатайте)

1. Фамилия: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_ Ср. инициал: \_\_\_\_\_
2. Почтовый адрес (улица, номер квартиры): \_\_\_\_\_  
 Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_
3. Номер телефона для связи в дневное время: \_\_\_\_\_ Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_
4. Номер социального страхования: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 5. Дата рождения: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 6. Пол:  М  Ж  X
7. Опишите свою нетрудоспособность (если это травма, также укажите, как, когда и где она была получена): \_\_\_\_\_
8. Дата наступления нетрудоспособности: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Вы работали в этот день?:  Да  Нет  
 Вы восстановились после этой нетрудоспособности?:  Да  Нет  
 Если выбран ответ «Да», укажите дату возвращения к работе: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Вы с тех пор работали, получая заработную плату или прибыль?:  Да  Нет  
 Если выбран ответ «Да», укажите даты: \_\_\_\_\_
9. Наименование последнего работодателя перед наступлением нетрудоспособности. Если в течение предыдущих восьми (8) недель вы работали у нескольких работодателей, укажите всех работодателей. Средняя недельная заработная плата определяется на основе всей заработной платы за последние проработанные восемь (8) недель работы.

ПОСЛЕДНИЙ РАБОТОДАТЕЛЬ (РАБОТОДАТЕЛИ) ДО НАСТУПЛЕНИЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ			ПЕРИОД РАБОТЫ		Средняя недельная заработная плата (включая бонусы, чаевые, комиссионные, разумную компенсацию питания, оплаты жилья и т. п.)
Название или коммерческое наименование компании	Адрес	Номер телефона	Первый день (мм/дд/гггг)	Последний отработанный день (мм/дд/гггг)	

Укажите ниже общую заработную плату, заработанную за последние 8 недель до первого дня нетрудоспособности (включая заработную плату у всех работодателей, перечисленных выше)

Номер недели	Последний отработанный день (мм/дд/гггг)	Количество отработанных дней	Общая полученная сумма
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
		<b>Рассчитанная средняя общая недельная заработная плата:</b>	

10. Моя работа (тогда или сейчас): \_\_\_\_\_  
 Профессия
11. Член профсоюза:  Да  Нет Если выбран ответ «Да»: \_\_\_\_\_  
 Название профсоюза или местный номер

**ЧАСТЬ А. СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ** (заполните печатными буквами или напечатайте)

12. Вы запрашивали или получали пособие по безработице до наступления этой нетрудоспособности?  Да  Нет  
 Если вы не запрашивали или если запрашивали, но не получили пособие по безработице после ПОСЛЕДНЕГО ПРОВАБОТАННОГО ДНЯ, подробно объясните причины: \_\_\_\_\_

Если вы получали пособие по безработице, укажите все периоды выплаты пособия: \_\_\_\_\_

13. За период нетрудоспособности, покрываемый данной заявкой:

A. Вы получаете заработную плату, оклад или выходное пособие?  Да  Нет

B. Вы получаете или запрашиваете:

1. Пособие по безработице?  Да  Нет 2. Оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам?  Да  Нет

3. Компенсацию работнику за нетрудоспособность, связанную с работой?  Да  Нет

4. Пособие в связи с дорожно-транспортным происшествием со страхованием «без вины»?  Да  Нет или травма с участием третьей стороны?  Да  Нет

5. Долгосрочное пособие по нетрудоспособности согласно Федеральному закону о социальном страховании (Federal Social Security Act) за эту нетрудоспособность?  Да  Нет

**ЕСЛИ ВЫБРАН ВАРИАНТ «ДА» В ЛЮБОМ ПУНКТЕ В РАЗДЕЛЕ 13, ЗАПОЛНИТЕ СЛЕДУЮЩЕЕ:**

Я:  получал(а)  запрашивал(а) от: \_\_\_\_\_ за период с: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ по: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

14. В течение года (52 недель) до наступления нетрудоспособности вы получали пособие по нетрудоспособности за другие периоды нетрудоспособности?  Да  Нет

Если выбран ответ «Да», его выплачивал: \_\_\_\_\_ с: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ по: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

15. В течение года (52 недель) до наступления нетрудоспособности вы получали оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам?  Да  Нет

Если выбран ответ «Да», его выплачивал: \_\_\_\_\_ с: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ по: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

16. Если нетрудоспособность наступила во время работы или в течение четырех недель после вашего последнего проработанного дня, ваш работодатель обеспечил вам ваши права по Закону о нетрудоспособности (Disability Law) в течение 5 дней с момента вашего уведомления или запроса форм о нетрудоспособности?  Да  Нет

Настоящим я прошу предоставить мне пособие по нетрудоспособности и подтверждаю, что в течение периода, охватываемого данной заявкой, у меня имела нетрудоспособность. Я прочитал(а) инструкции в данной форме и подтверждаю, что вышеизложенные утверждения, включая все сопутствующие заявления, в меру моих знаний, являются верными и полными.

Подпись заявителя

Дата

Другое лицо может поставить подпись от имени заявителя только в том случае, если оно имеет на это юридические полномочия и заявитель является несовершеннолетним, невменяемым или недееспособным. Если данная форма подписана не заявителем, распечатайте информацию ниже и заполните и отправьте форму ОС-110А «Разрешение заявителя на раскрытие своей информации о компенсации».

От имени заявителя

Адрес

Степень родства с заявителем

**ЧАСТЬ В. ЗАЯВЛЕНИЕ ПОСТАВЩИКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ** (заполните печатными буквами или напечатайте)

**ЗАЯВЛЕНИЕ ПОСТАВЩИКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ДОЛЖНО БЫТЬ ЗАПОЛНЕНО ПОЛНОСТЬЮ. ОТВЕТСТВЕННЫЙ ПОСТАВЩИК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ДОЛЖЕН ЗАПОЛНИТЬ ЭТУ ФОРМУ И ВЕРНУТЬ ЕЕ ЗАЯВИТЕЛЮ В ТЕЧЕНИЕ СЕМИ (7) ДНЕЙ ПОСЛЕ ЕЕ ПОЛУЧЕНИЯ.** Если нетрудоспособность вызвана беременностью или возникла в связи с ней, укажите предполагаемую дату родов в пункте 7-е. **НЕПОЛНЫЕ ОТВЕТЫ МОГУТ ПРИВЕСТИ К ЗАДЕРЖКЕ ВЫПЛАТЫ ПОСОБИЯ.**

1. Фамилия: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_ Ср. инициал: \_\_\_\_\_

2. Пол:  М  Ж  X 3. Дата рождения: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

4. Диагноз/анализ: \_\_\_\_\_ Код диагноза: \_\_\_\_\_

a. Симптомы у заявителя: \_\_\_\_\_

b. Объективные результаты: \_\_\_\_\_

5. Заявитель госпитализирован?:  Да  Нет С: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ по: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

6. Назначена операция?:  Да  Нет a. Тип \_\_\_\_\_ b. та \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**ЧАСТЬ В. ЗАЯВЛЕНИЕ ПОСТАВЩИКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ** (заполните печатными буквами или напечатайте)

7. УКАЖИТЕ СЛЕДУЮЩИЕ ДАТЫ	МЕСЯЦ	ДЕНЬ	ГОД
a. Дата назначения вами первого лечения в связи с этой нетрудоспособностью			
b. Дата назначения вами самого недавнего лечения в связи с этой нетрудоспособностью			
c. Дата, когда заявитель не смог работать из-за этой нетрудоспособности			
d. Дата, когда заявитель снова сможет выполнить работу (даже если имеются большие сомнения, укажите приблизительную дату; избегайте слов «неизвестный», «неопределенный» и т. п.)			
e. Если связано с беременностью, поставьте отметку в поле и укажите дату <input type="checkbox"/> предварительную дату родов ИЛИ <input type="checkbox"/> фактическую дату родов			

8. По вашему мнению, эта нетрудоспособность наступила в результате травмы, возникшей вследствие или во время работы или профессионального заболевания?:  Да  Нет  
 Если выбран ответ «Да», было ли медицинское заключение подано в Совет?  Да  Нет

**Я подтверждаю, что я:**

\_\_\_\_\_  
 (врач, мануальный терапевт, стоматолог, ортопед, психолог, медсестра-акушерка)

\_\_\_\_\_  
 Лицензирован или сертифицирован в штате

\_\_\_\_\_  
 Номер лицензии

\_\_\_\_\_  
 Имя поставщика медицинских услуг (печатными буквами)

\_\_\_\_\_  
 Подпись поставщика медицинских услуг

\_\_\_\_\_  
 Дата

\_\_\_\_\_  
 Адрес поставщика медицинских услуг

\_\_\_\_\_  
 Телефон

**Часть В. СВЕДЕНИЯ О РАБОТОДАТЕЛЕ** (заполняется работодателем)

**1. Полное юридическое наименование предприятия и почтовый адрес**

Наименование предприятия \_\_\_\_\_

Почтовый адрес \_\_\_\_\_

Город, штат \_\_\_\_\_

Почтовый индекс \_\_\_\_\_

Страна (если не США) \_\_\_\_\_

**2. Номер FEIN работодателя:** \_\_\_\_\_

**3. Контактная информация:**

Контактное лицо работодателя по вопросам, касающимся нетрудоспособности: \_\_\_\_\_

Номер телефона контактного лица работодателя: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты контактного лица работодателя: \_\_\_\_\_

**4. Работник является членом профсоюза, предоставляющего установленное законом пособие по нетрудоспособности?**

Да  Нет

\* Если да, укажите название, адрес и контактную информацию профсоюза \_\_\_\_\_

**5. Сведения о работнике:**

Роль работника:  Работник  Собственник  Партнер  Супруг(а) работодателя  Владелец  Совладелец

Дата приема на работу работника (ММ/ДД/ГГГГ) \_\_\_\_\_

Последний отработанный работником день: \_\_\_\_\_

Дата возвращения работника к работе (если применимо): \_\_\_\_\_

**6. Выплата заработной платы продолжалась во время периода нетрудоспособности?**  Да  Нет

Если да, то в какой форме? (Оплачиваемый отпуск, больничный, другое): \_\_\_\_\_

Если да, запросил ли работодатель возмещение средств?  Да  Нет

\* Возмещение средств возможно только в том случае, если работодатель продолжал выплачивать работнику заработную плату во время периода нетрудоспособности или работник использовал больничный.

**7. Нетрудоспособность работника связана с работой?**  Да  Нет

8. Укажите общую заработную плату работника за последние 8 недель непосредственно перед наступлением нетрудоспособности, начиная с недели, когда началась нетрудоспособность, и рассчитайте среднюю общую недельную заработную плату (включая бонусы, чаевые, комиссионные, разумную компенсацию питания, оплаты жилья и т. д., подробнее см. в разделе инструкций)

Номер недели	Дата окончания недели (ММ/ДД/ГГГГ)	Количество отработанных дней	Общая полученная сумма
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
		<b>Рассчитанная средняя общая недельная заработная плата:</b>	

9. В предшествующие 52 недели работник брал следующий отпуск:

Нетрудоспособность штата Нью-Йорк  ООС  Нетрудоспособность и ООС  Нет

**Нетрудоспособность:** Укажите конкретные даты нетрудоспособности \_\_\_\_\_

**ООС:** Укажите конкретные даты ООС \_\_\_\_\_

10. Работник еще работает у вас?  Да  Нет

Если нет, укажите дату увольнения: \_\_\_\_\_

11. Если работник получал пособие по безработице, укажите последнюю дату получения пособия: \_\_\_\_\_

Я прочитал(а) и подтверждаю приведенную ниже информацию об ответственности за мошенничество и подтверждаю, что, в меру моих знаний и убеждений, предоставленная мной информация является правдивой и точной.

Имя и должность работодателя: \_\_\_\_\_

Подпись работодателя: \_\_\_\_\_

Контактный телефон работодателя: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Уведомление согласно закону штата Нью-Йорк «О защите и неприкосновенности частной жизни» (Закон о государственных служащих, статья 6-A) и Федеральному закону о неприкосновенности частной жизни от 1974 года (5 USC § 552a). Полномочия Совета по компенсациям работникам (далее «Совета») запрашивать у заявителей персональную информацию (включая номер социального страхования) основаны на полномочиях Совета проводить расследования согласно § 20 Закона о компенсациях работникам (WCL) и его административных полномочиях согласно § 142 WCL. Данная информация собирается, чтобы помочь Совету оперативно расследовать и обрабатывать заявки и хранить точные записи о заявках. Предоставление номера социального страхования сотрудникам Совета не является обязательным. Если вы не укажете в этой форме свой номер социального страхования, это не приведет к назначению штрафа, отклонению вашей заявки или сокращению размера выплат. Совет обеспечивает защиту конфиденциальности всей персональной информации, находящейся в его распоряжении, и раскрывает ее исключительно при исполнении своих официальных обязанностей и в соответствии с действующим штатным и федеральным законодательством.

**УВЕДОМЛЕНИЕ HIPAA** Чтобы принять решение по заявке на выплату компенсации работнику или пособия по нетрудоспособности, согласно § 13-a(4)(a) WCL и § 325-1.3 раздела 12 Кодексов, правил и норм штата Нью-Йорк (NYCRR) требуется, чтобы поставщики медицинских услуг регулярно отправляли медицинские заключения о лечении в Совет и в страховую компанию или работодателю. Согласно 45 CFR 164.512, на эти обязательные медицинские заключения не распространяются ограничения HIPAA, связанные с раскрытием медицинской информации.

**Раскрытие информации.** Совет не раскрывает никакую информацию о вашем досье никакой неуполномоченной стороне без вашего согласия. Если вы хотите, чтобы такая информация была раскрыта неуполномоченной стороне, вы должны предоставить в Совет оригинал подписанной формы ОС-110А «Разрешение заявителя на раскрытие своего досье по компенсации». Чтобы получить эту форму, перейдите на сайт WCB ([www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov)) и нажмите на ссылку «Forms» (Формы). Если у вас нет доступа к Интернету, позвоните по телефону (877) 632-4996. Вместо формы ОС-110А можно также отправить оригинал подписанного и нотариально заверенного письма о подтверждении полномочий.

**УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА МОШЕННИЧЕСТВО** Работодатель (или страховщик) или любой сотрудник, агент или лицо, действующее от имени работодателя или страховщика, которое УМЫШЛЕННО ДЕЛАЕТ ЛОЖНОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ ИЛИ ЗАВЕРЕНИЕ относительно существенного факта в рамках передачи, расследования или корректировки заявки для любого пособия или выплаты в соответствии с настоящим разделом с целью недопущения предоставления такой выплаты или пособия, СЧИТАЕТСЯ ВИНОВНЫМ В ПРЕСТУПЛЕНИИ, ЗА СОВЕРШЕНИЕ КОТОРОГО ПРЕДУСМОТРЕНЫ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ШТРАФЫ И ТЮРЕМНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ.