NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. Workers' Compensation Board

일하는 도중에 다쳤습니다. 어떻게 할까요?

뉴욕 주 산재보상 위원회(Workers' Compensation Board, 위원회)는 귀하께서 근로 중 부상을 입었다는 고지를 받았으며, 이에 귀하 성명으로 산재보상 케이스를 준비하였습니다. 이미 치료를 받으셨을 수도 있습니다. 그렇지 않다면 빠른 시일 내에 필요한 치료를 받도록 하십시오.

청구와 관련하여 도움이 필요하시면 **산재보상 위원회**에 **(877) 632-4996**번으로 문의하시기 바랍니다.

가입자의 의무

- 언제, 어디에서, 어떻게 다치게 되었는지 고용주에게 서면으로 고지해야 합니다. 부상을 입은 후 30일 이내에 빠른 시일 내에 알리시기 바랍니다.
- 담당 의료 제공자에게 근로와 관련된 부상을 입었음을 알리고 고용주의 이름을 알리십시오. 자비로 의료 비용을 지불하거나 다른 건강 보험을 이용하지 마십시오. 담당 의료 제공자가 산재보상 위원회와 근로자의 고용주나 고용주측 보험사에 의료 보고서를 제출할 것입니다. 케이스와 관련하여 분쟁이 있을 경우, 위원회에서 청구 해결을 시작하려면 의료 보고서가 필요합니다.
- 빠른 시일 내에 위원회에**Employee Claim**(직원 청구서뉴**,** 양식 C-3K)를 제출해 부상을 보고하도록 하십시오. (2년 이내에 위원회에 부상이나 병을 고지해야 합니다). 예전에 같은 부위를 다친 적이 있거나 비슷한 병에 걸린 적이 있으면**Limited Release of Health Information**(건강 정보의 제한적 공개**,** 양식 C-3.3K) 역시 제출하셔야 합니다.

청구 제출의 두 가지 방법

wcb.ny.gov에 접속해 File a Claim(청구 제출)을 선택합니다.

동봉된 종이 양식을 작성해 위원회에 우송합니다.

직원 청구서뉴(양식 C-3K) 작성과 관련하여 궁금한 점이 있을 경우 (877) 632-4996번으로 전화하시면 위원회 대리인(Board representative)이 도와드립니다.

의료 비용 및 교통비 청구서

이러한 부상/병에 대해 받은 치료 비용을 의료 제공자나 병원에 지불하지 **마십시오**. 위원회에서 근로자의 청구가 유효하지 않다는 결정을 내리지 않는 한 그러한 청구서는 보험사가 지불합니다. 케이스와 관련하여 분쟁이 있을 경우, 위원회에서 근로자 승소 결정을 내리면 해당 의료 제공자에게 지불이 이루어집니다. *그러나 위원회에서 근로자 패소 결정을 내리거나 근로자가 결정 절차를 원하지 않으면, 근로자 본인이 의료 제공자나 병원에 지불(또는 근로자의 건강 보험사에 제출)해야 합니다.*

고용주의 산재보험으로는 근로자의 의료 제공자가 처방하는 의학적으로 필요한 의약품과 장비 비용이 보장됩니다. 치료를 위해 이동하는 데 발생한 주유비, 대중교통비 또는 기타 필요한 비용에 대해서도 환급받을 수 있습니다. 이러한 비용에 대해 반드시 영수증을 받아**Claimant's Record of Medical and Travel Expenses and Request for Reimbursement**(청구인 의료 및 교통비 기록 및 환급 요청, 양식 C-257K)과 함께 담당 산재보험사에 제출해 주십시오.

당 기관은 차별 없이 장애인을 고용하며
장애인을 위해 봉사하고 있습니다.

New York State Workers' Compensation Board
PO BOX 5205
Binghamton, NY 13902-5205
wcb.ny.gov • (877) 632-4996

일반적으로, 위원회의 승인을 받은 경우라면 어떤 의료 제공자도 선택하실 수 있습니다. 위원회 웹 사이트 **wcb.ny.gov**에서 "**Find a Doctor**(의사 검색)" 기능을 이용해 가까운 곳의 승인을 받은 의료 제공자를 검색하실 수 있습니다. 산재 클리닉(occupational health clinic)을 이용하실 수도 있습니다. 그러나 고용주의 산재보험사에서 우대 제공자 기관(Preferred Provider Organization, PPO)을 두고 산재와 관련한 의료 서비스를 제공하도록 하는 경우, 최초 치료는 해당 PPO 네트워크에서 받아야 합니다. 해당 보험사에서 약국이나 진단 네트워크 역시 운영하는 경우, 이 네트워크 내에서 서비스를 받아야 합니다. 이러한 제공자 네트워크와 이용 방법에 대해서는 해당 보험사가 근로자에게 안내하게 되어 있습니다.

손실 임금 수당

부상으로 인해 다음과 같은 영향이 있을 경우, 근로자는 손실 임금의 일부를 보전받을 권리가 있으며, 이는 반드시 즉시 지불되어야 합니다.

1. 부상으로 인해 7일 이상 근로를 할 수 없음.
2. 신체 일부에 영구 장애를 입음.
3. 근로 시간이 줄어들었거나 다른 업무를 하게 되어 임금이 줄어든 경우.

변호사나 공인 대리인을 고용해 청구와 관련해 도움을 받을 수 있으나 반드시 그래야만 하는 것은 아닙니다. 이에 대한 수수료는 위원회에서 산정하며, 이후 손실 임금 지급액에서 공제됩니다. 근로자 본인이나 가족이 변호사나 공인 대리인에게 직접 요금을 지불하지 않도록 하십시오.

케이스와 관련하여 분쟁이 있을 경우, 케이스를 심리하는 동안 근로자에게 장애 수당이 지급될 수 있습니다. **Notice and Proof of Claim for Disability Benefits**(장애인 수당 청구 통지 및 증명서, 양식 DB-450K)을 받아보시려면 **wcb.ny.gov**에 접속하거나 위원회에 전화해 도움을 요청하거나 위원회 사무소를 방문하시기 바랍니다. 근로자의 승소로 케이스가 해결되면 손실 임금 지급액에서 장애 수당이 공제됩니다.

도움을 받으실 수 있습니다

다시 일터로 돌아가려면 때로 도움이 필요할 수 있습니다. 직장 내에 대안 업무나 과중하지 않은 업무가 있어서 근로자가 회복하는 동안 근로를 계속할 수도 있습니다. 산재로 인해 가족이나 재정 문제가 발생할 수도 있습니다. 위원회에서는 직업 재활 상담사와 복지사를 두어 도움을 제공하고 있습니다. 이용 가능한 서비스에 관해 자세한 정보가 필요하거나 도움이 필요하시면 위원회에 전화하십시오.

마약성 진통제의 의존성에 대하여 우려되는 점이 있으시면 NYS OASAS HOPELine에 **877-8-HOPENY (877-846-7369)**번으로 문의하시기 바랍니다.

이후 단계는?

근로자측의 청구가 받아들여지면 고용주나 고용주측 산재보험사가 연락을 드립니다. 이 경우 담당 의료 제공자에게 비용 지불이 이루어지고 손실 임금 수당 지급이 시작됩니다. 케이스와 관련하여 분쟁이 있을 경우, 위원회에서 케이스 해결에 관하여 근로자에게 고지하고 필요할 경우 추가 정보를 요청할 수 있습니다.

중요 연락처

산재보상 위원회, 장애 수당 포함	(877) 632-4996	general_information@wcb.ny.gov
		wcb.ny.gov

위원회의 eCase 신청 을 통해 본인의 케이스 폴더 내용물을 온라인으로 열람할 수 있습니다. 일반적인 정보가 필요하거나 eCase를 등록하시려면, 위원회 웹 사이트 wcb.ny.gov에 접속하시기 바랍니다.

NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. Workers' Compensation Board

NEW YORK STATE | Workers' Compensation Board

직원 청구서

뉴욕주 – 근로자재해보상위원회

C-3

작업 부상 또는 작업 관련 질병 때문에 근로자 재해보상 급여를 신청하려면 이 양식을- 작성하십시오.
타이핑하거나 깔끔하게 인쇄체로 쓰십시오. 이 양식은 www.wcb.ny.gov에서 온라인으로 작성할 수도 있습니다.

WCB 케이스 번호(알고 있는 경우):_____

A. 귀하의 정보 (직원)

1. 성명:_____ (이름 / 중간 이름 / 성) 2. 생년월일:_____/_____/_____
3. 우편 주소:_____ (번지 및 거리 / 사서함 번호 / 시 / 주 / 우편번호)
4. 사회보장번호:_____ 5. 전화번호: (___)_____ 6. 성별: ☐ 남 ☐ 여
7. 위원회 심리에 참석해야 하는 경우 통역이 필요합니까? ☐ 예 ☐ 아니오 '예'인 경우, 희망 통역 언어? _____

B. 귀하의 고용주

1. 부상시 고용주:_____ 2. 전화번호:(___)_____
3. 직장 주소:_____ (번지 및 거리 / 시 / 주 / 우편번호)
4. 입사일: _____/_____/_____ 5. 귀하의 감독자의 성명: _____
6. 귀하의 부상/질병 시 다른 고용주(들)의 이름/주소를 열거하십시오: _____
7. 귀하는 귀하의 부상/질병의 결과로 다른 고용처에서의 근로 시간을 잃었습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

C. 부상 또는 질병일의 귀하의 직무

1. 귀하의 직함 또는 직무 내용은? _____
2. 귀하는 직장에서 일반적으로 무슨 타입의 활동을 수행하였습니까? _____
3. 귀하의 직무는? (한 개를 체크하십시오) ☐ 정규직 ☐ 파트타임 ☐ 계절적 ☐ 자원봉사 ☐ 기타:_____
4. 급여 기간당 (세전) 총급여는 얼마였습니까? _____ 5. 얼마나 자주 급여를 받았습니까?_____
6. 급여 이외에 숙소 또는 팁을 받았습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 '예'인 경우, 자세히:_____

D. 귀하의 부상 또는 질병

1. 부상일 또는 질병 발생일:_____/_____/_____ 2. 부상 시각:_____ ☐ 오전 ☐ 오후
3. 부상/질병 발생 장소? (예: 1 Main Street, Pottersville, 현관에서) _____
4. 이곳은 귀하의 일상적인 근무업 장소였습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 '아니오'인 경우, 귀하는 왜 이 장소에 있었습니까? _____
5. 귀하가 부상 당하거나 아프게 되었을 때 무엇을 하고 있었습니까? (예: 트럭에서 짐 내리기, 보고서 타이핑)_____
6. 부상/질병은 어떻게 발생하였습니까? (예: 파이프에 걸려 바닥에 넘어졌습니다) _____
7. 귀하의 부상/질병의 성격을 충분히 설명하십시오; 영향을 받은 신체 부위를 열거하십시오(예: 왼쪽 발목 접질림 및 이마의 자상):

근로자재해보상위원회는 장애인을 차별 없이 고용하고 섬깁니다.

귀하의 성명:_____ 부상/질병일: _____/_____/_____
이름 중간 이름 성

D. 귀하의 부상 또는 질병 (계속)

8. 물체(예: 지게차, 망치, 산)가 부상/질병에 연루되었습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 '예'인 경우, 무슨 물체? _____
9. 부상이 면허된 자동차의 사용 또는 조작의 결과였습니까? ☐ 예 ☐ 아니오
   '예'인 경우, ☐ 귀하의 차량 ☐ 고용주의 차량 ☐ 기타 차량 ☐ 번호판 번호 (알고 있는 경우): _____
   귀하의 차량이 연루된 경우, 귀하의 자동차 보험회사의 이름과 주소를 기입하십시오:_____
   _____
10. 귀하는 고용주(또는 감독자)에게 부상/질병을 통보하였습니까? ☐ 예 ☐ 아니오
   '예'인 경우, 통보는:_____ ☐ 구두로 하였습니다 ☐ 서면으로 하였습니다 통보일: _____/_____/_____
11. 누군가 귀하의 부상이 발생하는 것을 보았습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 모름 '예'인 경우, 이름을 열거하십시오:_____
   _____

E. 직장 복귀

1. 귀하는 이 부상/질병 때문에 근무를 중단하였습니까? ☐ 예, 어느 날짜에? _____/_____/_____ ☐ 아니오, 섹션 F로 건너뛰십시오.
2. 귀하는 직장에 복귀하였습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 '예'인 경우, 어느 날짜에? _____/_____/_____ ☐ 정규 직무 ☐ 제한적 직무
3. 직장에 복귀한 경우 지금은 누구를 위해 일하고 있습니까? ☐ 동일 고용주 ☐ 새 고용주 ☐ 자영업
4. 급여 기간당 (세전) 총급여는 얼마입니까? _____ 얼마나 자주 급여를 받습니까?_____

F. 이 부상 또는 질병을 위한 의료

1. 귀하의 최초 치료일은? _____/_____/_____ ☐ 치료 받지 않음 (질문 F-5로 건너뛰십시오)
2. 현장에서 치료받았습니까? ☐ 예 ☐ 아니오
3. 귀하의 부상/질병을 위한 최초의 현장외 의료를 어디서 받았습니까? ☐ 치료 받지 않음 ☐ 응급실
   ☐ 의사의 진료실 ☐ 클리닉/병원/긴급치료센터 ☐ 24시간 이상 병원 체류
   귀하가 처음 치료 받은 곳의 이름 및 주소:_____
   _____ 전화번호: (____)_____
4. 귀하는 이 부상/질병을 위해 아직도 치료받고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오
   이 부상/질병을 위해 귀하를 치료하고 있는 의사(들)의 이름 및 주소를 기입하십시오: _____
   _____ 전화번호: (____)_____
5. 동일 신체 부위의 다른 부상 또는 유사 질병이 있었던 것을 기억하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오
   '예'인 경우, 의사의 치료를 받았습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 '예'인 경우, 귀하를 치료한 의사(들)의 이름 및 주소를 기입하고 이 양식과 함께 양식 **C-3.3을 작성하여 제출하십시오:**
   _____
   _____
   _____
6. 이전 부상/질병이 작업과 관련 있었습니까? ☐ 예 ☐ 아니오
   '예'인 경우, 귀하는 지금 근무하는 같은 고용주를 위해 일하고 있었습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

본인은 근로자 재해보상법에 의거한 급여를 청구합니다. 본인의 서명은 본인이 제공하고 있는 정보가 본인의 최선의 지식 및 신념상 진실되고 정확함을 증명하는 것입니다.

고의로 사취할 의도로 허위 중대 진술이 포함된 정보를 제시하거나, 제시하게 하거나, 또는 보험회사 또는 자가보험사에게 또는 그에 의해 제시될 것을 알거나 믿으면서 작성하거나 또는 중대 사실을 숨기는 사람은 유죄이고 상당한 벌금 및 징역의 대상이 됩니다.

직원의 서명:_____ 인쇄체 성명:_____ 일자: ____/____/____

직원의 대리인: _____ 인쇄체 성명:_____ 일자: ____/____/____

개인은 그가 그렇게 할 수 있는 법적 권한이 있고 직원이 미성년자, 정신적으로 무능력자 또는 자격 상실자인 경우에만 직원을 대리하여 서명할 수 있습니다.

본인은 본인의 최선의 지식, 정보 및 신념과 사정 하에서 합리적인 조회 후의 통보에 의거 위에 주장된 주장 및 기타 사실건이 추가 조사 또는 발견을 위한 합리적인 기회 후에 증빙을 갖거나 증빙을 갖고 있는 것 같음을 인증합니다.

변호사/대리인의 서명(있는 경우):_____ 일자: ____/____/____

인쇄체 성명:_____ 직함: _____

신분증 번호, 있는 경우: **R** _____ 면허 받은 대리인인 경우, 면허증 번호:_____ 만료일:____/____/____

Employee Claim(직원 청구서뉴,양식 C-3K) 작성 지침

이 양식을 작성해 본 지침 마지막에 나와 있는 산재보상 위원회(Workers' Compensation Board) 중앙 우편 주소로 보내 주십시오.
양식을 작성하는 데 자세한 도움이 필요하시면 산재보상 위원회에 **1-877-632-4996**번으로 문의하시기 바랍니다. 또한 **wcb.ny.gov**에서 온라인으로도 양식을 작성하실 수 있습니다. 산재보상 위원회 케이스 번호(Case Number)를 모르실 경우, 해당란은 비워 두십시오. 청구 처리에 있어 반드시 필요한 것은 아닙니다. 잊지 말고 2페이지 상단에 본인의 성명과 부상/병이 발생한 날짜를 기입해 주십시오.

섹션 A -귀하의 정보 (직원):

섹션 A에는 본인의 성명, 주소 및 기타 요청 정보를 입력합니다.
항목 7 참고사항: 위원회 심리는 영어로 진행됩니다. 번역이 필요하시면 **예**를 선택하고 필요한 언어를 표시해 주십시오.

> **뉴욕 개인 사생활 보호법(Personal Privacy Protection Law)**
> **(공무원법(Public Officers Law) 6-A조) 및 1974년 연방 개인정보 보호법(Federal Privacy Act of 1974)(5 U.S.C. § 552a)에 따른 고지사항.**
>
> 신청인에게 소셜 시큐리티 번호를 포함, 개인 정보 제공을 요청하는 산재보상 위원회(위원회) 권한은 산재보상법(Workers' Compensation Law, WCL) § 20에 따른 산재보상 위원회의 조사 권한과 WCL § 142에 따른 위원회의 행정 권한에 의거한 것입니다. 이러한 정보를 수집하는 것은 위원회가 최대한 가장 편리한 방식으로 청구를 조사 및 집행하고, 정확한 청구 기록을 유지하는 데 도움이 되기 위함입니다. 위원회에 본인의 소셜 시큐리티 번호를 제공하는 것은 자발적 의사에 따릅니다. 이 양식에 소셜 시큐리티 번호를 기재하지 않더라도 불이익은 없으며, 그 결과로 청구가 거부되거나 수당이 감소되지 않습니다. 위원회는 관할하는 모든 개인 정보의 기밀성을 보호하며, 공적인 의무를 집행하고 관련 주 및 연방법을 준수하기 위한 경우에 한해 이를 공개합니다.

섹션 B - 귀하의 고용주:

섹션 B에는 부상/병이 발생한 시점에 귀하가 근로하고 있던 고용주의 이름, 주소, 전화번호 및 기타 정보를 입력합니다.
참고: 고용주는 귀하의 급여를 지급하는 회사나 기관입니다. 근로장이나 사무실에서 계약자로 일하는 경우, 출근 신고를 하는 근로장이나 사무실이 아닌 귀하를 고용한 인력업체나 공급업체가 고용주가 됩니다.

섹션 C - 부상 또는 질병일의 귀하의 직무:

섹션 C에는 본인의 직함, 업무 내용 및 급여 정보를 입력합니다.

섹션 D -귀하의 부상 또는 질병:

섹션 D에는 부상이나 병 정보를 입력합니다.
항목 1: 부상당한 날짜나 발병한 것을 알게 된 날짜를 입력하십시오.
질환이나 직업병인 경우, 항목 2는 넘어가십시오. 부상당한 날짜는 반드시 월/일/연도 형식이어야 합니다. 연도는 네 자리 숫자, 즉 2015 형식으로 입력하도록 하십시오.
항목 2: 부상을 당한 시간을 입력하십시오. 오전(AM)인지 오후(PM)인지 체크하십시오.
항목 3: 부상/병이 발생한 건물 주소와 건물 내 물리적 위치를 포함해 부상/병이 발생한 장소를 표시하십시오.
항목 4: 통상적인 근로 장소인지 아닌지 체크하십시오. 근로 장소가 아닐 경우, 왜 이 장소에 있었는지 설명하십시오.
항목 5: 부상/병 발생 시간에 무엇을 하고 있었는지 구체적으로 기술하십시오. (예: 트럭에서 수작업으로 상자를 하적하고 있었다.) 이는 부상에 이르게 된 사건의 설명입니다.
항목 6: 부상/병이 어떻게 발생했지 자세히 기술하십시오. (예: 트럭에서 무거운 상자를 들어 올리고 있었다.) 부상/병과 관련된 모든 사람과 사건을 포함하도록 하십시오.
항목 7: 다친 모든 신체 부위를 포함해 부상/병의 성격과 범위를 전체적으로 표시하십시오. 최대한 구체적으로 기술하시기 바랍니다. (예: 무거운 상자를 들어 올리려다가 허리를 삐끗했다. 지금은 가벼운 물건을 들려고 허리를 굽히거나 잡을 때도 아프다.)
항목 8: 면허가 있는 자동차 **이외에** 사고와 관련된 물건이 있는지 표시하십시오. 다른 물건으로는 연장(예: 해머), 화학물질(예: 산), 기계(예: 지게차 드릴 프레스)가 있습니다.

항목 9: 사고에 면허가 있는 자동차가 관련되었는지 표시하십시오. 그렇다면, 관련된 자동차가 본인의 것인지, 고용주의 것인지 또는 제3자의 것인지 체크하십시오. 자동차 등록 번호(번호판)도 같이 기재하십시오(아는 경우). 관련된 자동차가 본인의 것이면 자동차 책임 보험사 이름과 주소를 기재하십시오.
항목 10: 고용주나 감독자에게 부상이나 병에 대한 사실을 고지했는지 체크하십시오. 알린 경우, 고지 대상이 누구인지와 구두인지 서면인지 표시하십시오. 고지를 한 날짜도 기재하십시오.
항목 11: 부상이 발생했을 때 이를 목격한 다른 사람이 있는지 표시하십시오. 목격한 사람이 있으면 목격자 이름을 기재하십시오.

섹션 E -직장 복귀:

항목 1: 근로와 관련된 부상/병의 결과로 업무를 중단한 경우, "예"에 체크하고 업무를 중단한 날짜를 표시하십시오. 업무를 중단하지 않았다면 "아니요"에 체크하고 다음 섹션으로 넘어가십시오.
항목 2: 이후 업무에 복귀한 경우, "예"에 체크하십시오. 또한, 일을 다시 시작한 날짜를 비롯해, 본인의 정상 업무(Normal Duties)로 복귀하였는지, 아니면 한정적(Limited) 또는 제한적 업무(Restricted Duty) 중인지 표시하십시오. (부상 또는 병 이전의 완전한 업무로 복귀하지 못하였다면 한정적 업무(Limited Duty) 중인 것입니다.)
항목 3: 업무에 복귀한 경우, 현재 어떤 업무를 하고 있는지 표시하십시오.
항목 4: 현재 하고 있는 업무에 대한 급여 지급 주기당 총 급여(세금 납부 전)를 입력하십시오. 급여를 받는 주기를 표시하십시오(주급, 격주 등).

섹션 F -이 부상 또는 질병을 위한 의료:

항목 1: 이 부상/병에 대해 치료를 받지 못한 경우, 받지 않음(None Received)에 표시하고 항목 5로 넘어가십시오. 그렇지 않으면 이 부상/병에 대해 치료를 처음 받은 날짜를 입력하고 이 섹션의 나머지 부분을 작성하십시오.
항목 2: 이 부상/병에 대해 근무지에서 처음으로 치료를 받았는지 체크하십시오.
항목 3: 부상 또는 병에 대해 현장 외 치료를 처음 받은 장소에 체크하십시오. 해당 시설의 이름과 주소를 비롯해 전화번호(지역번호 포함)도 기재하십시오.
항목 4: 같은 부상 또는 병에 대해 지금도 지속적인 치료를 받고 있는 경우, "예"에 체크하고 치료를 제공하는 의사의 이름과 주소를 비롯해 전화번호(지역번호 포함)를 표시하십시오. 그렇지 않으면 "아니요"에 체크하십시오.
항목 5: 이미 같은 신체 부위에 부상을 입었거나 유사한 병에 걸린 적이 있다고 생각되면, "예"에 체크하고 이 부상 또는 병에 대해 의사의 치료를 받았는지 표시하십시오. 의사의 치료를 받았다면 치료를 제공한 의사의 이름과 주소를 표시하고 **양식 C-3.3K를 작성해 이 양식과 함께 제출하십시오.**
항목 6: 예전에 부상 또는 병이 있었다면, 이러한 부상 또는 병이 업무와 관련된 것인지 체크하십시오. "예"인 경우, 이러한 부상 또는 병이 현재 고용주를 위해 일하는 도중 발생한 것인지 체크하십시오.

양식 C-3K의 2페이지의 근로자 서명란에 서명하고, 본인의 성명을 정자체로 기입한 후 양식에 서명한 날짜를 입력하십시오. 근로자를 대신해 제3자가 서명할 경우, 해당 제3자는 두 번째 서명란에 서명하도록 하십시오. 법적 대리인이 있으시면 **반드시** 대리인이 2페이지 하단의 변호사/대리인 확인 섹션을 작성하고서명해야 합니다.

근로 중 부상 또는 직업병이 발생할 경우 모든 근로자가 해야 할 일:

1. 언제, 어디에서, 어떻게 다치게 되었는지 고용주나 감독자에게 즉시 알립니다.
2. 즉시 치료를 받습니다.
3. 담당 의사에게 산재보상 위원회와 근로자의 고용주나 고용주측 보험사에 의료 보고서를 제출하도록 요청합니다.
4. 보상 청구를 작성해 가까운 산재보상 위원회 사무소에 발송합니다. (아래를 참조하십시오.) 부상 발생일 이후 2년 이내에 제출하지 않으면 그 결과 청구가 거부될 수 있습니다. 이 양식을 작성하는 데 도움이 필요하시면 아래에 나와 있는 가까운 산재보상 위원회 사무소에 전화하거나 방문하십시오.
5. 출석 통지를 받으면 심리에 모두 참석합니다.
6. 할 수 있으면 최대한 빠른 시일 내에 업무에 복귀합니다. 보상금은 결코 임금 수준이 미치지 못합니다.

근로자의 권리:

1. 일반적으로, 근로자는 본인이 선택하는 의사의 치료를 받을 권리가 있습니다. 단, 위원회의 승인을 받은 의사여야 합니다. 고용주가 우대 제공자 기관(Preferred Provider Organization, PPO) 계약을 체결하고 있는 경우, 근로자는 반드시 산재 관련 의료 서비스를 제공하도록 지정된 그러한 우대 제공자 기관에서 최초의 치료를 받아야 합니다.
2. 의사나 병원에 본인이 비용을 지불하지 마십시오. 케이스와 관련하여 분쟁이 없다면 보험사가 의사나 병원 청구서를 지불합니다. 케이스와 관련하여 분쟁이 있을 경우, 의사나 병원은 위원회에서 케이스에 대한 결정을 내릴 때까지 지급을 기다려야 합니다. 근로자가 케이스를 진행하지 않거나 위원회에서 근로자 패소 결정을 내리면 근로자 본인이 의사나 병원 비용을 지불해야 합니다.
3. 근로자는 의사가 적절히 처방한 의약품, 목발 또는 일체의 기구와 의사 사무실이나 병원을 오가는 승차 요금이나 기타 필요한 비용에 대해서도 환급받을 권리가 있습니다. (그러한 비용에 대해 영수증을 받아두십시오.)
4. 근로자는 부상으로 인해 7일 이상 근로하지 못하거나, 더 낮은 임금으로 일해야 하거나 또는 신체 부위에 영구 장애를 입을 경우 보상을 받을 권리가 있습니다.
5. 청구와 관련하여 분쟁이 있는 경우를 제외하고, 보상은 본인에게 직접 지불되며 지급 결정을 기다리지 않아도 됩니다.
6. 부상을 당한 근로자나 사망 근로자의 피부양자는 위원회 앞에서 스스로를 대변하거나 변호사나 공인 대리인을 고용해 본인을 대리하게 할 수 있습니다. 변호사나 공인 대리인을 고용할 경우, 위원회에서 이들에 대한 법무 서비스 요금을 심사하고 승인을 받으면 지급해야 할 산재 보험 수당 중에서 고용주나 보험사가 지불합니다. 부상을 당한 근로자나 사망 근로자의 피부양자는 산재 보상 케이스와 관련하여 본인을 대리하는 변호사나 공인 대리인에게 본인이 직접 어떤 비용도 지불하지 않도록 하십시오.
7. 산재로 인해 업무에 복귀하거나 가족이나 재정 문제에 도움이 필요하시면, 가까운 산재보상 위원회 사무소에 연락해 재활 상담사나 복지사를 요청하십시오.

이 양식을 아래 나와 있는 주소로 발송해 접수하도록 하십시오.

New York State Workers' Compensation Board
Centralized Mailing
PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5205

고객 서비스 수신자 부담 전화: 877-632-4996