



# Чего следует ожидать при подаче заявления



**Workers' Compensation Board**

Компенсационные выплаты работникам охватывают медицинское обслуживание для лечения производственных травм и болезней. Также предоставляется компенсация утраченной заработной платы.

## ЕСЛИ ВЫ ПОЛУЧИЛИ ТРАВМУ НА РАБОТЕ

1. Немедленно обратитесь за медицинской помощью. Сообщите своему поставщику медицинских услуг, что вы получили производственную травму.
2. В письменной форме сообщите своему работодателю о том, когда, где и как вы получили травму. Сделайте это в течение 30 дней после получения травмы.
3. Как можно скорее подайте **заявление работника (форма С-3)** в Совет по компенсациям работникам (Workers' Compensation Board) с указанием вашей травмы/заболевания. Помните, что заявление должно быть подано в течение двух лет с момента возникновения травмы/заболевания. Несмотря на то, что ваш работодатель должен сообщить об инциденте, целесообразно, чтобы вы также сообщили об этом. Если у вас раньше уже была травма той же части тела или схожая травма, вы также должны предоставить **Ограниченное разрешение на предоставление информации о состоянии здоровья (форма С-3.3)**.

## ПОДАЧА ЗАЯВЛЕНИЯ РАБОТНИКА (ФОРМА С-3)

Посетите веб-сайт [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov) и выберите пункт **File a Claim (Подать заявление)**.

Заполните бумажную **форму С-3**, которую можно получить по месту работы или в отделении Совета по компенсациям работникам, а также скачать на веб-сайте [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov), и отправьте по почте в Совет по адресу:

NYS Workers' Compensation Board  
PO BOX 5205  
Binghamton, NY 13902-5205

Если вам нужна помощь с подачей заявления, позвоните по номеру **(877) 632-4996**.

## МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ

Как правило, вы можете обратиться к любому поставщику медицинских услуг, уполномоченному Советом, в т. ч. из сети клиник по лечению профзаболеваний штата Нью-Йорк (NYS Occupational Health Clinic Network). Если у работодателя имеется предпочтительная сеть (preferred provider organization, PPO) для оказания медицинской помощи работникам, вы должны сначала обратиться за лечением в сеть PPO.

Если у страховщика есть предпочтительные сети аптек или диагностических лабораторий, вы должны обслуживаться в этих сетях. Страховщик обязан сообщить вам о предпочтительных сетях поставщиков услуг и о том, как с ними связаться.

Не оплачивайте счета за лечение, лекарственные средства или оборудование, предписанные вам в связи с производственной травмой или профзаболеванием. Страховщик, который обеспечивает компенсационные выплаты работникам, будет оплачивать эти счета, если только Совет не отклонит ваше заявление или вы его не подадите. В этом случае вы будете должны самостоятельно оплатить все услуги (или выставить счета своей страховой компании). Уполномоченного поставщика медицинских услуг вы найдете на веб-сайте Совета [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov). Если у вас возникнут проблемы с лечением или вам понадобится помощь в поиске уполномоченного поставщика медицинских услуг, позвоните в **отдел по медицинским вопросам** Совета по номеру **(800) 781-2362**.

## ВОЗМЕЩЕНИЕ ТРАНСПОРТНЫХ И ПРОЧИХ РАСХОДОВ

Вы можете получить компенсацию за заправку топливом своего автомобиля, пользование общественным транспортом или возмещение других необходимых расходов, связанных с поездками к месту лечения и обратно. Направляйте квитанции, подтверждающие эти расходы, не реже одного раза в шесть месяцев в Совет и страховщику вместе с **Формой учета и заявлением на возмещение медицинских и транспортных расходов (форма С-257)**, которая опубликована на веб-сайте Совета.

## КОМПЕНСАЦИЯ УТРАЧЕННОЙ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ

Страховщик должен незамедлительно выплатить вам компенсацию утраченной заработной платы, если ваша травма:

- мешает вам выйти на работу более семи дней;
- стала причиной постоянной недееспособности какой-либо части тела;
- привела к снижению заработной платы, поскольку теперь вы вынуждены уменьшить рабочую нагрузку или выполнять работу, которой вы не занимались до получения травмы.

## ЕСЛИ СОСТОИТСЯ СЛУШАНИЕ

Компенсация часто выплачивается автоматически. Однако иногда для решения проблемы необходимо провести слушание по делу. Если оно должно быть проведено, вы получите от Совета уведомление с указанием основания, адреса, даты и времени слушания. Вы должны читать все письма, которые будет присылать вам Совет, и отвечать на них в соответствии с указаниями. Храните копии писем для справки.

Вы имеете право на адвоката или лицензированного представителя на любом этапе рассмотрения вашего заявления. Адвокат может быть полезен в спорных и сложных случаях, и он может ответить на вопросы, касающиеся вашего заявления. Этот человек не может взимать с вас плату. Совет определяет размер оплаты юридических услуг, которая вычитается из вашей компенсации утраченной заработной платы.

Участуйте в слушаниях по вашему делу и будьте в курсе происходящего. Если у вас возникнут вопросы, задавайте их адвокату или судье. Также вы можете участвовать в слушании по телефону. Если вы не можете явиться на слушание, как можно скорее обратитесь в Совет, чтобы перенести его дату.

## ЕСЛИ ВАШЕ ЗАЯВЛЕНИЕ БУДЕТ ОСПОРЕНО

Иногда страховщики оспаривают заявления. Страховщик может не согласиться с тем, что у вас была производственная травма, утверждать, что он не оформлял страховой договор с вашим работодателем, либо указать другую причину. Если ваше заявление будет оспорено, Совет проведет слушание. Судья по делам компенсаций работникам изучит вашу медицинскую документацию, заработную плату и другие свидетельства и показания. Затем он решит вопрос и определит размер компенсации.

Вы или страховщик вашего работодателя можете обжаловать это решение в письменной форме в течение 30 дней с даты подачи. Три члена Совета рассмотрят апелляцию и либо отклонят ее, либо изменят решение. Также они могут распорядиться о проведении дополнительных слушаний.

Совет штата Нью-Йорк по компенсациям работникам защищает права наемных работников и работодателей, обеспечивая должное предоставление пособий работникам в связи с производственной травмой или болезнью, а также способствуя соблюдению законов. Дополнительную информацию о Совете штата Нью-Йорк по компенсациям работникам см. на веб-сайте [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov).

Если ваше дело будет оспорено, вы можете подать заявление на получение пособия по нетрудоспособности, пока ваш случай будет находиться на рассмотрении. Чтобы истребовать пособие по нетрудоспособности, подайте **Уведомление и подтверждение заявления на получение пособия по нетрудоспособности (форма DB-450)**, которое опубликовано на веб-сайте Совета. Вы также можете обратиться в Совет за помощью лично или по телефону. Если дело о компенсации работникам разрешится в вашу пользу, пособие по нетрудоспособности будет удержано из вашей компенсации утраченной заработной платы.

## СРОКИ РАССМОТРЕНИЯ ВАШЕГО ЗАЯВЛЕНИЯ

**Лечение:** немедленно обратитесь за медицинской помощью. Повторно обратитесь к врачу через 15 дней после травмы, а затем посещайте его каждые 90 дней, если вы вынужденно не выходите на работу.

**Замещение заработной платы:** если вы получите травму, ставшую причиной нетрудоспособности, и ваше заявление будет принято, вам выплатят компенсацию в течение 18 дней после несчастного случая или 10 дней с момента уведомления страховщика. Если ваше заявление будет оспорено, для принятия решения будет проведено слушание.

## ЯЗЫКОВАЯ ПОДДЕРЖКА

Совет переведет документы на любой необходимый вам язык. Также вам будет предоставлен переводчик для слушания вашего дела, и эта услуга будет для вас всегда бесплатной. Чтобы договориться о письменном или устном переводе, позвоните по номеру **(877) 632-4996**.

## ПОМОЩЬ РЯДОМ

Иногда нужна помощь, чтобы вернуться на работу. Ваш работодатель может давать вам альтернативные или более простые задания в период лечения. Если в связи с травмой у вас возникают семейные или финансовые сложности, или же вам необходима консультация по поводу возвращения к работе, Совет может предоставить вам помощь консультантов и социальных работников. Позвоните в Совет и попросите, чтобы вам рассказали об этих услугах.

**Веб-сайт:** [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov)

**Телефон:** (877) 632-4996

**Эл. почта:** [General\\_Information@wcb.ny.gov](mailto:General_Information@wcb.ny.gov)

