

纽约州 - 劳工赔偿局
表格 C-2F“雇主首次报告工作相关的伤害/疾病”填写说明

在报告顶部输入受伤员工的姓名。请尽您所知填写伤害/疾病日期。如果您没有或不知道您的劳工赔偿局个案编号或索赔管理人索赔编号，请将相应字段留空。此字段不是必填字段，不会影响对您的表格的处理。

保险人/索赔管理人信息：

- **保险人名称** - 您的劳工赔偿保险人或自保团体的名称。
- **保险人 ID** - 由劳工赔偿局签发的承保单位编号（W 编号）。如果您不知道 W 编号，请联系您的保险人。
- **姓名** - 索赔管理人（处理索赔的索赔理算办公室职员）的姓名。
- **信息/收件人** - 索赔管理人的任何其他相关联系信息。
- **地址、城市、州、邮编及国家** - 索赔管理人的地址（如果知道）。
- **索赔管理 ID** - 由劳工赔偿局发布的承保单位编号（W 编号）或第三方管理人编号（T 编号）。如果您不知道第三方管理人编号（T 编号），请联系您的索赔管理人。

员工信息：

- **名字，中间名首字母，姓氏，后缀** - 受伤员工的完整法定姓名。
- **通信地址，城市，州，邮编和国家** - 受伤员工的完整地址。
- **电话号码** - 员工的电话号码（含区号）。
- **雇用日期** - 员工的受雇日期。
- **出生日期** - 员工的出生日期。
- **性别** - 勾选适当的性别。
- **员工 SSN** - 员工的社会安全号码 (SSN)。
- **职业描述** - 指明事故发生时员工的主要职业

索赔信息：

- **受伤时间** - 伤害/疾病发生的时间。
- **雇主得知受伤的日期** - 雇主得知伤害/疾病发生的日期。
- **就业状况** - 员工适用的雇用状态（即全职，兼职，季节性工作，志愿者等）。
- **雇主得知导致伤残日期的日期** - 雇主被通知或知道导致员工工作相关伤残/失能日期的日期。
- **估算的周薪** - 输入伤害/疾病发生前员工的每周平均工资总额。
- **每周工作天数** - 输入每周常规计划的工作天数 (1-7)。
- **工作周类型** - 勾选伤害发生时索赔人工作在何种类型的工作周。标准（5 天，排定周一到周五），固定（一周中固定几日工作，但并非排定周一到周五的 5 天），或不定（员工没有具体固定的工作周计划）。
- **排定工作日** - 勾选一周中的哪几天对应于索赔人在伤害发生时的周排定工作。如果在“工作周类型”部分选择“不定工作周”，该字段应留空。

员工受伤：

- **受伤日期支付全额工资** - 勾选是或否。
- **雇主支付工资替代赔偿** - 勾选是或否，以注明员工是否在疾病/伤害发生后继续获得工资，例如病假或伤残工资。
- **初步治疗** - 勾选初步治疗类型。
- **伤害致死** - 勾选是、否或未知，以注明伤害/疾病是否导致死亡。
- **死亡日期** - 如果适用，注明死亡日期。
- **家属人数** - 家属的人数（如果已知（仅适用于死亡个案））。
- **伤害性质** - 注明伤害类型（即割伤、烧伤、骨折、劳损等）。
- **部位** - 注明受到伤害的身体部位（即左臂、右脚、头、多处等）。
- **伤害原因** - 注明导致伤害的原因（即机动车辆、机器、提举重物造成的劳损或受伤等）。
- **事故/伤害描述** - 描述事故发生过程以及导致的伤害。

工作状态:

- **最后工作日的起始日期** - 损失工时之前最后工作的那一天。
- **重返工作岗位类型** - 实际重返工作岗位的员工应勾选 **实际**, 已允许工作但没有回到工作岗位的员工应勾选 **脱离**。
- **导致伤残的开始日期** - 7 天等待期的要求满足后, 导致伤残 (损失工时) 的第一天。如果员工是志愿救护工作者或志愿消防员, 则没有 7 天等待期。
- **身体限制** - 如果员工在身体受到限制的情况下重返工作岗位, 请勾选 **是**; 如果员工在身体未受到限制的情况下重返工作岗位, 请勾选 **否**。
- **首次重返工作岗位日期** - 如果员工已重返工作岗位, 注明首次重返工作岗位的日期。
- **重返原雇主处的工作岗位** - 勾选 **是** 或 **否**。

事故发生地及目击者:

- **场所** - 勾选伤害发生的适当地点。 **雇主** - 事故发生在雇主的场所; **承租人** - 事故发生在承租人的场所, 员工在此受雇工作; 或 **其他** - 事故发生的位置与员工受雇工作的地点不同。如果员工是志愿救护服务机构或志愿消防部门的成员, 且在自己的服务机构/部门工作期间受到伤害, 请勾选 **雇主**。如果员工以官方身份在并非成员的自愿救护服务机构或志愿消防部门工作期间受到伤害, 请勾选 **其他**。
- **组织名称** - 伤害/疾病发生时该组织的名称。
- **街道, 城市, 州, 邮编, 县和国家** - 伤害/疾病发生的地址。
- **位置描述** - 提供任何额外的位置描述 (例如, Building C, 4th Floor in Room 101)。
- **目击人和工作电话号码** - 注明伤害/疾病发生时的任何目击人的姓名和工作电话号码。

雇主信息:

- **名称** - 公司名称或所有者名称和 DBA 名称 (经营别称)。如果员工是志愿救护服务机构或志愿消防部门的成员, 应输入下属政治分区的名称。
- **雇主 FEIN** - 您的 Federal Employer Identification Number (FEIN) (联邦雇主识别号码)。这是您的联邦税号。如果您没有 FEIN, 输入您的社会安全号码。如果雇主是志愿救护服务机构或志愿消防部门, 应输入下属政治分区的 FEIN。
- **UI 编号** - 输入 New York Unemployment Insurance (NY UI) Registration Number (UIER) (纽约失业保险注册编号) 的前 7 位数字。该编号用于向劳工署报告。
- **手工分类码** - New York Compensation Insurance Rating Board (NYCIRB) (纽约赔偿保险评级委员会) 手动分类码 (如果已知)。该分类码可在工伤赔偿保险保单中找到。
- **行业代码** - North American Industry Classification System (NAICS) (北美产业分类系统) 代码。如果您不知道您的 NAICS, 请尽可能详细地描述该公司的类型或性质 (例如餐馆、建筑、零售)。
- **信息/收件人** - 注明雇主的任何其他相关联系信息。
- **通信地址, 城市, 州, 邮编和国家** - 雇主的主要地址 (例如总公司), 通过该地址可以收到邮件。包括邮政信箱。
- **实际地址, 城市, 州, 邮编和国家** - 雇主的实际地址 (如有不同)。
- **主管姓名及主管工作电话号码** - 注明员工直接主管的姓名和电话号码 (含区号)。

参保人信息:

- **参保人姓名** - 参保个体的姓名。如果员工是志愿救护服务机构或志愿消防部门的成员, 应输入救护服务机构或消防部门的名称。
- **参保人 FEIN** - 参保人的 Federal Employer Identification Number (FEIN) (联邦雇主识别号码)。这是您的联邦税号。如果您没有 FEIN, 输入您的社会安全号码。如果参保人是志愿救护服务机构或志愿消防部门的成员, 应输入救护服务机构或消防部门的 FEIN。
- **参保人位置 ID** - 注明参保人位置的代码 (如果有 (如 Store 202、Jobsite 51 等))。
- **参保人类别** - 勾选保险安排: **已参保**、**自保** 或 **未参保**。
- **保单编号 ID** - 您的工伤赔偿保险保单编号。
- **保单生效及到期日期** - 保单的生效日期和到期日期。