



请填写本表单申请工伤或职业病劳工赔偿补贴。字迹务必工整。本表单也可在线填写，网址：www.wcb.ny.gov。

WCB 案件编号（若已知）：_____

A. 您的信息（雇员）

- 1. 姓名：_____ 2. 出生日期：_____/_____/_____
3. 邮寄地址：_____
4. 社会安全号码：_____ 5. 电话：(____)_____ 6. 性别： 男 女
7. 如要参加本局的听证会，您需要翻译吗？ 是 否 若需要，请说明需要何种语言的翻译服务_____

B. 您的雇主

- 1. 受伤时的雇主：_____ 2. 电话：(____)_____
3. 您的工作地址：_____
4. 受雇日期：_____/_____/_____ 5. 主管姓名：_____
6. 列出您受伤/患病期间任何其他雇主的名称/地址：_____
7. 您是否因伤/病而在其他雇主处误工？ 是 否

C. 您受伤或患病当日的工作

- 1. 您的工作职位或职位描述？_____
2. 您在工作时一般从事哪些活动？_____
3. 您的工作是（勾选一项） 全职 兼职 季节性 自愿 其他：_____
4. 您在每个工资结算期的（税前）工资总额是多少？_____ 5. 工资的支付频率是多少？_____
6. 在工资以外，您是否享有住宿待遇或小费？ 是 否 若是，请说明：_____

D. 您所受伤害或所患疾病

- 1. 受伤日期或发病日期：_____/_____/_____ 2. 受伤时间：_____ 上午 下午
3. 伤害/疾病发生在哪里？（如 1 Main Street, Pottersville, 前门）_____
4. 这是您日常工作的地点吗？ 是 否 若否，您当时为什么在这里？_____
5. 当您受伤或者发病时正在做什么？（如从卡车上卸货，输入报告）_____
6. 伤害/疾病是怎么发生的？（如，一根管子绊了我一下，结果就倒在地上了）_____
7. 详细说明您所受伤害/所患疾病的性质；列出受到影响的部位（如左脚踝扭伤，前额划伤）：_____

Employee Claim (员工索赔, C-3C 表格) 填写说明

请填写此表, 然后将其发送至本说明结尾处列出的劳工赔偿局 (Workers' Compensation Board) 集中邮寄地址。如果您在填写此表方面需要更多帮助, 请致电 1-877-632-4996 联系劳工赔偿局。您也可以登录网站 wcb.ny.gov 在线填写此表。如果您没有或不知道您的劳工赔偿局个案编号, 请将此字段留空。此字段不是必填字段, 不会影响对您的索赔的处理。请记住在第 2 页的顶部填写您的姓名和受伤/患病日期。

A 部分 - 您的信息 (雇员):

在 A 部分, 填写您的姓名、地址和要求的其他信息。

关于第 7 项的备注: 劳工赔偿局听证会以英语进行。如果您需要翻译, 请勾选是, 并注明所需语种。

根据《纽约个人隐私保护法》(New York Personal Privacy Protection Law) 下达的通知
(《纽约公职人员法》第 6-A 条 (Public Officers Law Article 6-A)) 和《1974 年联邦隐私法》(Federal Privacy Act of 1974)
(5 U.S.C. § 552a)。

劳工赔偿局要求索赔人提供个人信息 (包括他们的社会安全号码) 的权力来自劳工赔偿局依照《工伤赔偿法》(Workers' Compensation Law, WCL) 第 20 条享有的调查权以及依照 WCL 第 142 条享有的行政管理权。收集此信息的目的是协助劳工赔偿局以可能最权宜的方式调查和管理索赔, 并帮助其保留准确的索赔记录。向劳工赔偿局提供您的社会安全号码属自愿行为。未在此表上提供您的社会安全号码不会受到任何处罚, 也不会导致您的索赔被拒绝或福利减少。劳工赔偿局将会保护其持有的所有个人信息的机密性, 只会在促进其执行公务并遵守适用州和联邦法律的情况下披露此类信息。

B 部分 - 您的雇主:

在 B 部分, 填写您受伤/患病时所效力的雇主的姓名、地址、电话号码和其他信息。

备注: 您的雇主是指签发您的工资单的公司或机构。如果您是位于某个工作地点或办事处的一名承包商, 那么职业介绍所或雇佣您的供应商是您的雇主, 您汇报工作时所在的工作地点或办事处并不是您的雇主。

C 部分 - 您受伤或患病当日的工作:

在 C 部分, 填写您的职位名称、工作内容和工资信息。

D 部分 - 您所受伤害或所患疾病:

在 D 部分, 填写您的受伤或患病信息。

第 1 项: 填写您受伤的日期或您最初注意到自己生病的日期。

如果这是一种疾病或职业病, 请跳过第 2 项。您受伤的日期必须采用月/日/年格式。年份应填写为四位数, 如 2015 年。

第 2 项: 填写受伤时间。勾选是上午还是下午。

第 3 项: 注明受伤/患病时所处的地点, 包括受伤/患病时所在楼宇和物理位置的地址。

第 4 项: 勾选这是否是您的正常工作地点。如果不是, 请解释您为什么在这个地方。

第 5 项: 详细描述您在受伤/患病时正在做什么 (例如, 从卡车上徒手卸下箱子)。这段描述用于解释导致受伤的事件。

第 6 项: 详细描述受伤/患病是怎样发生的 (例如, 我把一个很重的箱子搬下卡车)。这段描述应该包括受伤/患病中涉及的所有人员和事件。

第 7 项: 全面注明您受伤/患病的性质和范围, 包括所有受伤的身体部位。尽可能具体 (例如, 我尝试搬起一个很重的箱子时闪了腰。现在, 弯腰或拿一些甚至较轻的东西都很痛)。

第 8 项: 注明除了车牌的机动车外, 事故中是否涉及某些物体。其他物体可以包括工具 (例如锤子)、化学品 (例如硫酸)、机械 (例如叉车或钻床) 等等。

第 9 项: 注明事故中是否涉及有车牌的机动车。如果是, 勾选该机动车是您的、您雇主的还是第三方的。注明车牌号码 (如果知道)。如果涉及您的机动车, 请填写您的汽车责任保险公司的名称和地址。

第 10 项: 勾选您是否已向您的雇主或主管人员发出您受伤或患病的通知。如果是, 注明通知接收者, 以及通知是口头通知还是书面通知。注明您发出通知的日期。

第 11 项: 勾选是否有任何其他人看到发生受伤的情况。如果有任何目击者, 请注明他们的姓名。

E 部分 - 重返工作岗位:

第 1 项: 如果您由于工作相关的受伤/患病而停工, 请勾选“是”并注明您的停工日期。如果您没有停工, 请勾选“否”并跳到下一部分。

第 2 项: 如果您已经返回工作岗位, 请勾选“是”。另请注明您重新开始上班的日期, 以及您是承担您的“正常职责”还是“有限或受限职责”。(如果您不是承担受伤或患病前的全部职责, 那么您是承担“有限职责”。)

第 3 项: 如果您已经返回工作岗位, 请注明您现在为谁工作。

第 4 项: 填写您当前工作职位每个工资周期的工资总额 (税前工资)。注明您多长时间收到一份工资单 (每周、每两周等等)。

F 部分 - 对伤害或疾病的医学治疗:

第 1 项: 如果您没有接受此受伤/患病的治疗, 请勾选“没有接受”并跳到第 5 项。否则, 填写您首次接受此受伤/患病治疗的日期, 并完成本部分的其他项。

第 2 项: 勾选您是否首次接受此受伤或患病的在工作场所治疗。

第 3 项: 勾选您首次接受此受伤或患病的离开工作场所治疗的地点。注明医院的名称和地址, 以及电话号码(包括区号)。

第 4 项: 如果您仍在接受相同受伤或患病的持续治疗, 请勾选“是”并注明提供治疗的医生的姓名和地址, 以及电话号码(包括区号), 否则勾选“否”。

第 5 项: 如果您认为您的同一个身体部位已经受伤或患上类似的疾病, 请勾选“是”并注明您是否曾经就此受伤或患病接受医生治疗。如果您曾经接受过某位医生的治疗, 请注明提供护理的医生的姓名和地址, 然后**填写C-3.3C 表格 并将其连同此表一同提交。**

第 6 项: 如果您有旧伤或旧患, 请勾选您的旧伤或旧患是否与工作有关。如果是, 请勾选该受伤或患病是否是在为您目前的雇主工作时发生的。

在第 2 页为“员工签名”留出的地方签署C-3C 表格, 以正楷书写您的姓名, 并填写您签署该表的日期。如果有第三方代表员工签名, 此人应该在第二个签名行上签名。如果您有法律代表, 您的代表**必须**填写律师/代表证明部分并签名, 详见第 2 页底部。

对于在职受伤或职业病, 每名工作人员应该做些什么:

1. 立即告诉您的雇主或主管人员您受伤的时间、地点和经过。
2. 立即获得治疗。
3. 告诉您的医生向劳工赔偿局和您的雇主或其保险公司提交医疗报告。
4. 提出索赔, 以获得赔偿, 并将此表发送至最近的劳工赔偿局办公室。(见下文。)未能在受伤之日起两年内提交, 可能导致您的索赔被拒绝。如果您在填写此表方面需要帮助, 请致电或前往下列列出的最近的劳工赔偿局办公室。
5. 在通知出席时, 出席所有听证会。
6. 恢复后尽快返回工作岗位, 赔偿金额从来不会像您的工资那样高。

您的权利:

1. 通常, 您有权选择某位医生接受其治疗, 只要这位医生经过劳工赔偿局授权即可。如果您的雇主参与首选提供者组织 (Preferred Provider Organization, PPO) 安排, 您必须从指定为工伤赔偿受伤提供医疗服务的首选提供者组织获得初步治疗。
2. **不要**向医生或医院支付费用。如果您的个案不存在争议, 他们的账单将由保险公司支付。如果您的个案存在争议, 医生或医院必须等到劳工赔偿局裁决您的个案后才能获得付款。如果您不起诉您的个案或者劳工赔偿局判您败诉, 您将必须向医生或医院支付费用。
3. 此外, 您还有权报销您的医生合理开出的药物、拐杖或任何器械的费用, 以及往返您医生的诊所或医院的交通费或其他必要费用。(索取此类费用的收据。)
4. 如果您由于受伤而不能工作超过七天、迫使您从事工资较低的工作、或导致您的任何身体部位终生残疾, 您有权获得赔偿。
5. 赔偿可直接支付, 不必等待判决结果, 除非索赔存在争议。
6. 受伤的工作人员或已故工作人员的家属可以到劳工赔偿局亲理各种事宜, 也可以聘请律师或授权代表来代表他们处理各项事宜。如果聘请律师或授权代表, 其法务费用将由劳工赔偿局审核, 如获批准, 将由雇主或保险公司以任何应付的赔偿福利支付。受伤的工作人员或已故工作人员的家属不应直接向在赔偿个案中代表他们的律师或授权代表支付任何财物。
7. 如果您在返回工作岗位或者由于受伤而导致家庭或财务问题方面需要帮助, 请联系离您最近的劳工赔偿局办公室, 要求安排康复辅导员或社工人员。

此表应通过直接发送到下列地址进行提交:

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

免费客服电话: 877-632-4996