NEW YORK STATE | Workers' Compensation Board
PO Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205

第 32 节赔偿放弃协议：申领人放弃声明

申领人姓名（正楷体）	WCB 案件编号
申领人当前地址	

在审查并签署最后的“第 32 节赔偿放弃协议”后，申领人必须填写此文件并将其提请公证。为了加快本“协议”的处理流程，必须将此文件连同“第 32 节赔偿放弃协议”（C-32 表格）一起提交至委员会。有关“第 32 节赔偿放弃协议”处理流程的更多信息，请参见以下内容。

注意：您是在放弃日后申领工伤赔偿福利的权利。因此，请务必审查并确保理解以下信息。

1. 审查与批准：委员会将审查“第 32 节赔偿放弃协议”并决定是否可以不经听讯进行批准。若委员会决定可不经听讯批准此协议，会将提议决定邮寄至所有相关方，告知他们协议被认定提交至委员会的日期以及批准此协议具有最终效力的日期（若无相关方撤回此协议）。若委员会决定需要先进行听讯才能批准，会通知所有相关方听讯的时间、日期和地点。并认定协议在听讯日期被提交至委员会。听讯后，若无相关方撤回此协议，所有相关方将会收到协议已由委员会批准的决定通知。

2. 撤回权利：协议的所有相关方可在将“第 32 节赔偿放弃协议”提交至委员会之日起十 (10) 个日历日内撤回此协议。

3. 理赔支票：保险公司可在委员会批准协议具有最终效力之日起十 (10) 个日历日内将理赔支票邮寄给您，相关方提交了撤回书面通知的情况除外。

4. 处罚：如果保险公司没有在委员会批准协议具有最终效力之日起十 (10) 个日历日内将（盖有邮戳的）理赔支票邮寄给您，您可以请求委员会对该保险公司进行处罚。

5. 最终效力与不可更改性：请谨记，一旦超过自协议被认定提交之日起十 (10) 日的撤回期限且协议已被委员会批准，协议将具有最终效力，各方不可更改。

6. 修改：委员会发出批准“第 32 节赔偿放弃协议”决定的通知后，只能在所有相关方同意并经委员会批准的情况下修改此协议。

7. 医疗：除非此协议允许您获得未来医疗福利，否则与您索赔相关的任何未来医疗费用均由您自己承担。

8. 与委员会进行沟通：任何与委员会的沟通都要参考您的 WCB 索赔编号。

9. Medicare 搁置金：如果您依据“第 32 节赔偿放弃协议”放弃正在进行的治疗，则必须考虑 Medicare 福利，否则可能会损害您日后获得 Medicare 有关工伤治疗的福利之权益。必要时，可以通过在解决工伤赔偿索赔的协议中设立 Medicare 搁置金条款来保障 Medicare 权益。Medicare 搁置金是全部理赔金的一部分，足以负担未来的治疗费用。有关是否有必要设立 Medicare 搁置金以及工伤赔偿 Medicare 搁置金的计算和管理方面的指南，由医疗保险与医疗补助服务中心 (Center for Medicare & Medicaid Services (CMS)) 制定和分发。

我，_____，理解本人正在解决与保险公司和/或雇主间的“第 32 节赔偿放弃协议”中提及的全部索赔和潜在索赔，此协议一旦被委员会批准且超过十天的等待时间，索赔将无法由委员会、本人、雇主、保险公司或任何其他利益相关方重新启动。

请回答下列全部问题。您必须对每个问题勾选“是”或“否”。

1. 您理解在“第 32 节赔偿放弃协议”最终批准前所有相关方均可撤回协议吗？这意味着希望撤回协议的任何一方必须提请书面通知。必须要在协议被认定提交至委员会后的 10 个日历日内向委员会提请撤回的书面通知。（如果选“否”，请在下面解释原因。） ☐ 是 ☐ 否
2. 您理解如果委员会没有在协议被认定提交至委员会后的 10 个日历日内收到撤回“第 32 节赔偿放弃协议”的书面通知，则所有相关方均受协议约束且无法提请上诉吗？这意味着一旦委员会批准此协议具有最终效力，协议的相关方将无法反对其中的任何条款且委员会不会再进行审查。（如果选“否”，请在下面解释原因。） ☐ 是 ☐ 否
3. 您理解一旦委员会批准“第 32 节赔偿放弃协议”具有最终效力，只有提交所有相关方签署的书面申请并由委员会批准才可以修改此协议吗？这意味着委员会批准协议具有最终效力后，只有所有相关方同意并签署书面申请，且由委员会批准该申请后才可以进行修改。（如果选“否”，请在下面解释原因。） ☐ 是 ☐ 否
4. 您理解您并非必须要解决索赔吗？（如果选“否”，请在下面解释原因。） ☐ 是 ☐ 否
5. 您理解通过“第 32 节赔偿放弃协议”解决索赔，除非协议允许您获得未来医疗福利，否则与您案件相关的任何未来医疗费用均由您自己承担吗？这意味着如果日后您病情加重或需要手术，保险公司将不会批准或支付任何治疗、药物或手术费用。（如果选“否”，请在下面解释原因。） ☐ 是 ☐ 否
6. 如果您在按周领取支付金，您知道支付金何时停止吗？（如果选“否”，请在下面解释原因。） ☐ 是 ☐ 否
7. 您理解一旦委员会批准“第 32 节赔偿放弃协议”具有最终效力，将无法重新受理您的案件来解决已由协议解决的任何问题吗？（如果选“否”，请在下面解释原因。） ☐ 是 ☐ 否
8. 您同意理赔金额并理解这是解决您案件中那些问题的最终理赔金额吗？（如果选“否”，请在下面解释原因。） ☐ 是 ☐ 否
9. 您同意您的律师或授权代表提出的费用金额吗？委员会可能会批准或更改请求的费用金额。（如果选“否”，请在下面解释原因。） ☐ 是 ☐ 否
10. 您理解将会从您的理赔中扣除任何未偿付的子女抚养费并根据“第 32 节赔偿放弃协议”中的金额全部付清吗?（如果选“否”，请在下面解释原因。） ☐ 是 ☐ 否
11. 您理解一旦委员会批准“第 32 节赔偿放弃协议”具有最终效力且不可更改，保险公司可在 10 个日历日内（若无相关方撤回协议）将理赔支票邮寄给您吗？这意味着，如果保险公司没有在委员会批准协议具有最终效力且不可更改后的第 10 日或之前邮寄支票（盖有邮戳的）给您，您可以请求委员会对该保险公司进行处罚。如果第 10 日是周六、周日或法定假日，保险公司可在下一个工作日将支票邮寄给您。 ☐ 是 ☐ 否
12. 您是否做出过任何承诺或接受过他人做出的任何承诺，而这些承诺未曾在“第 32 节赔偿放弃协议”中注明？（如果选“是”，请在下面解释原因。） ☐ 是 ☐ 否
13. 您是否遵照要求观看过视频：**“解决索赔？”**该视频有助于您了解“第 32 节赔偿放弃协议”及其内涵。您可以通过以下链接观看**“解决索赔”**视频：www.wcb.ny.gov/Section32。（如果选“否”，请在下面解释原因。） ☐ 是 ☐ 否

解释：

我证实，以上信息真实而准确，如有虚假愿受伪证罪处罚。

_____ 申领人签名　　_____ 日期

于 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日，在我面前宣誓　　_____ 公证人

我特此证明：

1. 我代表申领人，_____。
2. 在执行 WCL 第 32 节赔偿放弃协议（协议）之前，考虑了有关未来医疗服务的 Medicare 福利和协议是否应该包括工伤赔偿的 Medicare 搁置金。我已与我的客户讨论了需要考虑 Medicare 福利。
3. 我已彻底审查将由我的客户执行并已提请委员会批准的协议，并已向我的客户解释协议的各个方面，包括此协议一经批准将对我的客户未来有关治疗福利产生的影响。
4. 我向我的客户提供了就协议相关内容提问的机会，并已尽我所能回答了那些问题。
5. 我向我的客户建议了我希望就协议请求的费用金额，并向客户解释了索要这些费用的依据。
6. 本人已尽自己所能确定和断定我的客户完全理解了协议条款，协议一经批准将对他/她产生的影响，同时他/她自愿签署此协议。
7. 在这些要求中，不存在协议条款未彻底解决的遗留问题，协议特地留下的问题除外。
8. 本人已尽自己所能确定和断定此文件第一页上我的客户的地址是申领人当前地址，理赔支票应被邮寄至该地址。

_____ 律师签名　　_____ 律师正楷姓名　　_____ 日期