殘障福利申請通知及證明

申請人：請仔細閱讀下列指示

1. 如果您**在受雇時**或**在結束雇用關係後的四 (4) 個星期內**發病或成為殘障，請填寫此表格。如果您在**結束雇用關係超過四 (4) 個星期後發病或成為殘障**，請填寫 **DB-300** 申請表格。
2. 您必須填寫 A 部分 —「**申請人資料**」的全部項目。請正確填寫，並檢查所有的日期。
3. 請務必在您的申請表上註明日期並簽名（請參閱第 12 項）。如果您無法在申請表上簽名，您的家屬可以代表您簽名。如由家屬代簽，請在簽名處下方註明代簽人的姓名、住址及代簽人與您親屬關係。
4. **在健康照護服務提供者尚未完成填寫 B 部分 —「健康照護服務提供者資料」並簽名前，請勿郵寄此申請表。**
5. 完成填寫的申請表應於**您發病或成為殘障後的三十 (30) 天內，郵寄給您前雇主，或前雇主的保險公司。**
6. 在您提交此表格前，請留存完整表格的副本，作為記錄備查。

A 部分 — 申請人資料（正楷書寫或打字）請回答所有問題

社會安全號碼 ☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

1. 姓名..... （名字 中間名 姓氏）

2. 地址..... （號碼 街道 城市或鄉鎮 州別 郵遞區號 公寓號碼）

3. 電話號碼..... 4. 出生日期 ..... 5. 婚姻狀態（請勾選） ☐ 已婚 ☐ 未婚

6. 殘障狀態（如果為受傷，也請說明發生的情況、時間及地點）.....
.....

7. 成為殘障的日期..... （月 日 年） a. 我在該日工作 ☐ 是 ☐ 否

   b. 我自那時起工作以獲得薪資 ☐ 是 ☐ 否 如果您勾選「是」，請註明日期.....

8. 上一位雇主的姓名。如果您在過去八 (8) 個星期內有兩位雇主以上，請註明所有雇主的姓名。

雇主的			雇用日						平均週薪（包含紅利、小費、佣金、合理的食宿費、房租等）
公司名稱	公司地址	電話號碼	開始			結束			
			月	日	年	月	日	年	

9. 我現在或以前的工作是..... （職業） ..... （如果為工會會員，請註明工會名稱及當地電話號碼）

10. 本申請中所提及的殘障狀態期間
    a. 你是否有獲得工資、薪水或退職金：..... ☐ 是 ☐ 否
    b. 你是否獲得或申請：
       (1) 因工作造成殘障的勞工賠償..... ☐ 是 ☐ 否
       (2) 失業保險福利..... ☐ 是 ☐ 否
       (3) 個人受傷的賠償金..... ☐ 是 ☐ 否
       (4) 聯邦社會安全法案提供長期殘障人士的福利..... ☐ 是 ☐ 否

    如果您在 10a 或 10b 中任一項有勾選「是」，請填寫下列項目：
    我 ☐ 有聲 ☐ 獲得 ..... 的補助，期間為.....（日期）至.....（日期）

11. 我曾經在目前殘障狀態發生的前 52 個星期內取得其他殘障福利..... ☐ 是 ☐ 否
    如果您勾選「是」，請填寫下列項目：我曾經從.....獲得補助，期間為.....（日期）至.....（日期）

12. 我已經閱讀上述指示。我在此申請殘障福利，並證明本申請所註明的期間，本人為殘障狀態，且上述資料及附加資料皆完整且正確無訛。

任何人若故意或以欺詐為目的向任何保險公司或自我投保人提供或者安排提供含有任何重大虛假陳述的資訊或隱瞞任何重大事實，或者有意準備此等資訊並知道或相信其將被提供給任何保險公司或自我投保人，此等行為將構成犯罪，並可招致鉅額罰金和監禁等處罰。

申請表簽字日期 .....（日期） （申請人簽名）

如果並非申請人親簽，請在下面以正楷書寫：代簽人姓名、地址及與申請人的親屬關係。
.....

資訊披露：委員會在未經您同意前，不會將您的個案資料披露給任何未經授權的第三方。如果您選擇將這些資訊披露給未經授權的第三方時，您必須提交給本委員會已填寫完成並簽名的 OC-110A「申請人對勞工賠償記錄之披露授權」表格正本，或經簽名並公證的授權信函正本。您可以致電當地的勞工賠償委員會辦事處，索取 OC-110A 表格，或者您也可以至我們的網站下載：www.wcb.ny.gov。您可以在標題為「線上常用表格」的項目下找到該表格。請將填寫完成的授權表格或信函寄至下列地址。

如果您對於申請殘障福利有任何疑問，請向您附近的勞工賠償委員會辦事處聯絡，或可來信至：WORKERS' COMPENSATION BOARD, DISABILITY BENEFITS BUREAU, 100 BROADWAY-MENANDS, ALBANY, NY 12241-0005

SI TIENE DUDAS RELACIONADAS CON LA RECLAMACIÓN DE BENEFICIOS POR INCAPACIDAD, COMUNIQUESE CON LA OFICINA MAS CERCANA DE LA JUNTA DE COMPENSACIÓN OBRERA DE NUEVA YORK, O ESCRIBA A: WORKER'S COMPENSATION BOARD, DISABILITY BENEFITS BUREAU, 100 BROADWAY-MENANDS, ALBANY, NY 12241-0005

殘障福利申請通知及證明

重要事項：僅有在申請人**在受雇期間**或**在結束雇用關係的四 (4) 星期內**發病或成為殘障時，才需填寫此表格。其他情況請填寫申請表格 DB-300。

B 部分 — 健康照護服務提供者資料（請正楷書寫或打字）

健康照護服務提供者的資料必須完整填寫，且此表格需寄給保險服務提供者或自我投保雇主，或在收到此表格的七天內寄回給申請人。請於項目 7d 內填寫大約的日期。請您盡所能來進行預估。如果成為殘障的原因與懷孕有關，請在「備註」欄填寫預估的分娩日期。

1. 申請人姓名..... 2. 出生日期..... 3. 性別 ☐ 男 ☐ 女

4. 診斷 / 分析.....診斷代碼.....
   a. 申請人症狀 .....
   .....
   .....
   b. 客觀結果.....
   .....

5. 申請人是否住院治療？ ☐ 是 ☐ 否 期間從 .....至.....
6. 必須接受手術治療？ ☐ 是 ☐ 否 a. 類型.....b. 日期.....
7. 請填寫下列日期：
   a. 第一次對您殘障狀態施行治療的日期.....
   b. 最近一次對此殘障狀態施行治療的日期.....
   c. 申請人因為此殘障而無法回到工作職位的日期.....
   d. 申請人能夠重新正常工作的日期.....

月	日	年

（即使有其他因素考量，請盡量預估日期。避免使用不知道或不確定之類的回答。）

8. 您認為造成殘障的原因是因為工作或職業疾病的關係嗎？ ☐ 是 ☐ 否
   如果您勾選「是」，請問是否已提交 C-4 表格給勞工賠償委員會？ ☐ 是 ☐ 否
   脊骨神經醫師備註（如有需要，可額外附加頁面）.....
   （如果成為殘障的原因與懷孕相關，請填寫預估的分娩日期）

				取得執照之州別	執照號碼
我確認	☐ 脊骨神經醫師	☐ 醫師	☐ 心理學家		
我是	☐ 牙醫	☐ 足科醫師	☐ 護士 - 助產士		

任何人若故意或以欺詐為目的向任何保險公司或自我投保人提供或者安排提供含有任何重大虛假陳述的資訊或隱瞞任何重大事實，或者有意準備此等資訊並知道或相信其將被提供給任何保險公司或自我投保人，此等行為將構成犯罪，並可招致鉅額罰金和監禁等處罰。

健康照護服務提供者簽名.....日期.....

健康照護服務提供者姓名（請正楷書寫）.....電話號碼.....

辦公室地址.....

號碼 街道 城市或鄉鎮 州別 郵遞區號

HIPAA 通知 — 為對勞工賠償申請做出判決，WCL13-a(4)(a) 及 12 NYCRR 325-1.3 要求健康照護服務提供者必須定期提交治療報告給本委員會及雇主。依據 45 CFR 164.512，這類法定要求的醫療報告不受 HIPAA 的健康資訊披露限制所約束。

勞工賠償委員會關於殘障人士雇用和服務，採取無歧視政策。