

"업무 관련 상해/질병에 대한 고용주의 최초 보고서" 양식 C-2F 작성 지침

보고서 상단에 상해를 입은 직원의 이름을 기입하십시오. 아는 한도 내에서 상해/질병 날짜를 기입하십시오. 산재보상 위원회 케이스 번호(Case Number) 또는 청구 관리자의 청구 번호를 모르실 경우, 해당란은 비워 두십시오. 양식 처리에 있어 반드시 필요한 것은 아닙니다.

보험사 / 청구 관리자 정보:

- **보험사 이름** - 산재보상 보험사 이름 또는 자가 보험 그룹 이름.
- **보험사 ID** - 산재보상 위원회에서 발행한 보험사 코드 번호(Carrier Code Number)(W 번호) W 번호를 알지 못할 경우 보험사에 문의하십시오.
- **이름** - 청구 관리자의 이름(청구를 처리하는 청구 조정 사무소)
- **정보/수신자** - 청구 관리자 관련 추가 연락처 정보.
- **주소, 시, 주, 우편번호 및 국가** - 청구 관리자의 주소(아는 경우)
- **청구 관리자 ID** - 산재보상 위원회에서 발행한 보험사 코드 번호(W 번호) 또는 보험관리 대행사(Third Party Administrator) 번호(T 번호) 보험관리 대행사 번호(T 번호)를 알지 못할 경우, 청구 관리자에게 문의하십시오.

직원 정보:

- **이름, 중간 이니셜, 성, 호칭** - 상해를 입은 직원의 법적 이름.
- **우편 주소, 시, 주, 우편번호 및 국가** - 상해를 입은 직원의 전체 주소.
- **전화번호** - 지역번호를 포함한 직원의 전화번호.
- **고용 날짜** - 직원이 고용된 날짜.
- **생년월일** - 직원의 생년월일.
- **성별** - 해당 성별에 체크 표시하십시오.
- **직원 SSN** - 직원의 소셜 시큐리티 번호(SSN)
- **업무 설명** - 사고 당시 직원의 주요 업무를 기입하십시오.

청구 정보:

- **상해 시간** - 상해/질병이 발생했던 시간.
- **상해에 대해 고용주가 알게 된 날짜** - 상해/질병에 대해 고용주가 알게 된 날짜.
- **고용 상태** - 직원의 해당 고용 상태(예: 풀 타임, 파트 타임, 계절별, 자원봉사자 등)
- **장애 날짜에 대해 고용주가 알게 된 날짜** - 직원의 업무 관련 장애/불능에 대해 통보받거나 인식하게 된 날짜.
- **예상 주급** - 상해/질병 발생 전 직원의 평균 주급 총액을 입력합니다.
- **주당 근무일 수** - 주당 정기적으로 근무하는 근무일 수를 입력합니다(1-7).
- **주당 근무 유형** - 상해 당시 청구인이 일했던 주당 근무 유형에 체크 표시하십시오. 표준(5일제, 월요일~금요일 일정), 고정(주당 근무일이 정해져 있지만 월요일~금요일까지 5일제가 아님) 또는 유동(직원에게 특정 주당 근무 일정이 없음).
- **근무일 일정** - 부상 당시 청구인의 근무 일정에 해당하는 주당 근무일에 체크 표시하십시오. 주당 근무 유형에 "주당 유동 근무"를 선택한 경우 해당란은 비워두실 수 있습니다.

직원 상해:

- **상해 당일 지급된 총 임금** - 예/또는 아/니/오에 체크 표시하십시오.
- **고용주가 보상 대신 지불한 급여** - 예/또는 아/니/오에 체크 표시하여 직원이 병가 또는 장애 급여와 같은 질병/상해 후 계속 급여를 받았는지 여부를 표시하십시오.

- 초기 치료 – 초기 치료 유형을 체크 표시하십시오.
- 상해로 인한 사망 결과 – 예, 아니요 또는 알 수 없음에 체크 표시하여 상해/질병으로 사망하였는지 여부를 표시하십시오.
- 사망일 – 사망 일을 표시하십시오(해당되는 경우).
- 부양 가족 수 – 부양 가족의 수(알려진 경우)(사망 사례만 해당).
- 상해 성격 – 상해 유형을 표시하십시오(예: 열상, 화상, 골절, 염좌 등).
- 신체 부위 – 상해를 당한 신체 부위를 표시하십시오(예: 왼쪽 팔, 오른발, 머리, 다수 등).
- 상해 원인 – 상해 원인을 표시하십시오(예: 자동차, 기계, 염좌 또는 리프팅에 인한 부상 등).
- 사고/상해 설명 – 어떻게 사고가 발생하였고 그로 인한 부상에 대해 설명하십시오.

근무 상태:

- 마지막으로 근무한 날의 처음 날짜 – 시간 손실 전 근무한 마지막 날.
- 근무 복귀 유형 – 직원이 실제로 근무에 복귀한 경우 *실제*에 체크 표시하거나, 직원이 근무에서 면제되었지만 그렇게 하지 않은 경우 *면제*에 체크 표시하십시오.
- 장애 시작 처음 날짜 – 7일의 대기 기간 요건이 충족된 후 장애 발생(손실 시간) 첫 날. 직원이 자원 봉사 구급 대원이거나 자원 봉사 소방대원일 경우, 7일의 대기 기간이 없습니다.
- 신체적 제약 사항 – 직원이 근무에 복귀했지만 제약 사항이 있는 경우 *예*를 체크 표시하시고, 제약 사항 없이 근무에 복귀한 경우 *아니요*에 체크 표시하십시오.
- 최초 근무 복귀일 – 직원이 근무에 복귀한 경우 최초 근무 복귀일을 표시하십시오.
- 같은 직장으로의 복귀 여부 – *예* 또는 *아니요*에 체크 표시하십시오.

사고 장소 및 목격자:

- 부지 – 상해가 발생했던 해당 장소를 체크 표시하십시오. 고용주 - 사고가 고용주의 부지에서 발생함, *임차인* - 직원이 근무하도록 고용된 임차인의 부지에서 사고가 발생함 또는 *기타* - 직원이 근무하도록 고용된 고용주 이외의 장소에서 사고가 발생함. 직원이 자원 봉사 구급차 서비스 또는 자원 봉사 소방서의 일원이고 자신의 서비스/부서에서 일하는 동안 상해를 입은 경우 *고용주*에 체크 표시하십시오. 직원이 자원 봉사 구급차 서비스 또는 자원 봉사 소방관의 일원으로서가 아닌 직무상 자격으로 근무하다 상해를 당한 경우 *기타*에 체크 표시하십시오.
- 기관 이름 – 상해/질병이 발생한 기관의 이름.
- 거리, 시, 주, 우편번호, 카운티 및 국가 – 상해/질병이 발생한 곳의 주소.
- 장소 설명 – 장소에 대한 추가 설명을 제공합니다(예: 빌딩 C, 4층, 101호).
- 목격자 및 사업장 전화번호 – 상해/질병에 대한 목격자의 이름과 사업장 전화번호를 기입하십시오.

고용주 정보:

- 이름 – 회사 또는 소유주의 이름 및 DBA 이름. 직원이 자원 봉사 구급차 서비스 또는 자원 봉사 소방서의 일원인 경우 정치분과(Political subdivision)의 이름을 기입해야 합니다.
- 고용주 FEIN – 연방 고용주 식별 번호(FEIN). 이 번호는 연방 세금 ID 번호입니다. FEIN이 없는 경우 소셜 시큐리티 번호를 기입하십시오. 직원이 자원 봉사 구급차 서비스 또는 자원 봉사 소방서의 일원인 경우 정치분과의 FEIN을 기입해야 합니다.
- UI 번호 – 뉴욕 실업 보험(NY UI) 등록 번호(UIER) 첫 7자리 숫자를 기입하십시오. 이 번호는 노동부에 보고하는 데 사용되는 번호입니다.
- 매뉴얼 분류 코드 – 뉴욕 보상 보험 등급 위원회(NYCIRB) 매뉴얼 분류 코드(있는 경우). 이 코드는 본인의 산재보상 보험증권에 나와 있습니다.
- 산업 코드 – 북미 산업 분류 시스템(NAICS) 자신의 NAICS를 모르는 경우 비즈니스의 유형이나 특성을 가능한 정확하게 설명해 주십시오(예: 식당, 건설, 소매점).
- 정보/수신자 – 고용주에 대한 추가 연락처 정보를 기입해 주십시오.
- 우편 주소, 시, 주, 우편번호 및 국가 – 고용주가 우편물을 받는 주요 주소(예: 중앙 사무소) P.O. Box 포함.
- 실제 주소, 시, 주, 우편번호 및 국가 – 고용주의 실제 주소(다른 경우).
- 감독관 이름 및 감독관의 사업장 전화번호 – 직원의 직속 상관의 이름 및 지역 번호를 포함한 전화번호를 기입하십시오.

피보험자 정보:

- **피보험자 이름** – 보험에 가입된 주체의 이름. 직원이 자원 봉사 구급차 서비스 또는 자원 봉사 소방서의 일원인 경우 구급차 서비스 또는 소방서의 이름을 기입해야 합니다.
- **피보험자 FEIN** – 피보험자의 연방 고용주 식별 번호(FEIN). 이 번호는 연방 세금 ID 번호입니다. FEIN이 없는 경우 소셜 시큐리티 번호를 기입하십시오. 직원이 자원 봉사 구급차 서비스 또는 자원 봉사 소방서의 일원인 경우 구급차 서비스 또는 소방서의 FEIN을 기입해야 합니다.
- **피보험자 장소 ID** – 피보험자의 장소 ID를 기입하십시오(있는 경우)(예: 상점 202, 현장 51 등).
- **피보험자 유형** – 보험 방식에 체크 표시하십시오. *피보험*, *자가 보험* 또는 *무보험*.
- **보험증권 번호 ID** – 산재보상 보험증권 번호.
- **보험 발효일 및 만기일** – 보험 발효일 및 만기일.