



# 권리 진술서 뉴욕주 장애급여

주지사 앤드류 M. 쿠오모

## 만약 당신이 업무로 인하지 않은 질병이나 부상으로 일하는것이 불가능하다면 장애급여 대상이 될수 있습니다

1. 당신의 고용주는 법에 따라 고용인에게 장애 급여를 지불할 의무가 있습니다.
2. 법정 장애 혜택은 장애가 발생한 날로부터 8 일째되는 날부터 일과 관련되지 않는 상해 또는 질병 (임신으로 인한 장애 포함)에 대해 지급됩니다. 급여는 최대 26 주까지 지불 될 수 있습니다. 가족의 장애로 인하거나 본인의 일시적 노동 불능 유급휴가는 52 주의 기간동안 26 주를 초과할 수 없습니다. 급여 수당은 귀하의 장애가 발생한 직후 8 주 동안의 평균 주당 임금을 기준으로하며, 장애가 발생한 날의 법에 따라 최대 허용 기준이 적용됩니다. 귀하의 고용주 또는 노동 조합은 승인 된 장애 혜택 계획 또는 계약에 따라 법정 혜택만큼 유리한 다양한 혜택을 제공 할 수 있습니다.
3. 당신은 장애가 발생한 첫 번째 날부터 30 일 이내에 아래의 란에 고용주와 보험 회사의 이름을 포함한 서면 통지와 장애의 증거를 제출해야 하며, 그렇지 않을 경우에는 귀하의 청구의 전부 또는 일부가 거부 될 수 있습니다(양식 DB-450). 어떠한 경우에도 청원서를 제기하기 위해 그 날짜로부터 26 주를 기다려야하지 않을것입니다. DB-450 양식은 당신의 고용주, 보험 회사, 의료 서비스 제공자 또는 근로자 보상위원회 에 연락하여 얻을 수 있습니다. (아래 주소와 전화 번호를 참조하십시오.) 고용주가 귀하를 대신하여 청구를 제기했다고 **가정하지 마십시오. 청구 신고는 귀하의 책임입니다.**
4. 귀하는 본인이 원하는 의사, 척추 지압사, 치과 의사, 간호사- 조산사, 발 치료사 또는 심리학자를 직접 선택해 치료받을 권리가 있습니다. 근로자 산재 보상 제도와는 달리 고용주 및/ 또는 노동 조합이 승인 된 장애 급여 계획 또는 계약에 따라 의료 청구서를 지불하지 않는 한 고용주 또는 보험 회사는 의료비를 **지불하지 않습니다.**
5. 장애 혜택은 고용주가 승인 된 자가 보험자가 아닌 한 **고용주를 통하지 않고** 보험 회사가 **직접** 지불해야 합니다.
6. 귀하의 고용주 또는 보험 회사가 귀하가 장애 급여 수령 자격이 없다고 주장하는 경우, 고용주나 보험사는 귀하가 청구서를 제출 한 날로부터 45 일 이내에 장애급여를 지불할 수 없는 이유를 설명하는 수급 거절 통지서(Notice of Rejection)를 귀하에게 **보내어줍니다.** 귀하가 거절 통지서에 동의하지 않을 경우, 귀하는 노동자 보상위원회 (Workers' Compensation Board)에게 거절 사유를 검토해 줄것을 요청할수있는 **법적 권리가 있습니다.** **중요:** 귀하가 청구서를 제출 한 날로부터 45 일 이내에 혜택을 받지 못하고 거부 통지서(양식 DB-451)도 받지 못한 경우 아래 전화 번호로 근로자 보상위원회에 즉시 연락하십시오.
7. 귀하의 장애가 **자동차사고의 결과**이고 귀하가 무과실 책임 급여 청구를 제기 한 경우 장애 혜택을위한 청구(양식 DB-450)도 제출해야 합니다. 장애 혜택을 신청하지 않은 경우, 무과실 보험 회사는 무과실 지불을 줄일 수 있습니다. **중요:** 이러한 경우, 귀하는 장애 혜택을 받을 자격을 잃게 되니, 즉시 무과실 보험 회사에 통보하십시오.
8. 귀하의 고용주는 귀하의 장애 혜택에 대한 권리를 포기하려고 요청하거나 장애 급여 보험료 납부에 기여하기 위해 일주일에 60 센트 이상을 (추가 기부가 승인 된 계획의 일부가 아닌 한) 귀하의 급여에서 공제 할 수 없습니다. 귀하는 장애 혜택 청구 제기로 인하여 **퇴소당하거나 차별해서는 안될것입니다.**

장애 급여 청구서를 구하는것이 어렵거나 작성에 도움이 필요하거나, 그밖의 업무로인하지 않은 부상이나 질병에 관하여나 다른 어떤 질문이 있다면 노동자 보상 위원회로 연락하십시오.

이 정보는 장애 및 유급 가족 휴가 혜택 법률 229 항에 의해 요구되는 귀하의 권리에 대한 간략한 설명입니다. 귀하의 고용주와 장애 보험 보험 회사:

노동자 보상 위원회에 의해 규정됨

DB-271S(5-19)

Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

고객 센터 : (877) 632-4996 [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov)

저희 회사는 편견없이 장애인을 고용하고 도움을 베풀고있습니다