



청구 정보 - 모든 연락은 이 번호를 포함해야 합니다

신체 상해/질병 날짜: _____ WCB 케이스 번호: _____

산재 근로자 정보

신규 주소일 경우 체크

성: _____ 이름: _____ 중간 이름: _____

우편 주소: _____ 거리 2: _____

시: _____ 주: _____ 우편번호: _____ 국가: _____

주간 전화번호: _____ 이메일 주소: _____

사회보장번호(SSN): _____ 생년월일: _____ 성별: 남성 여성

고용주 정보

고용주 이름: _____

우편 주소: _____ 거리 2: _____

시: _____ 주: _____ 우편번호: _____ 국가: _____

고용주 전화번호: _____ 연방 세금 ID 번호: _____ 세금 ID 번호(하나에 체크): SSN EIN

요청 사유 - 지침: 해당하는 모든 상자에 체크하십시오. 각 체크 상자에 필요한 추가 서식, 의료 기록, 서신 등을 첨부하셔야 합니다. 추가 정보를 이미 제출한 경우 첨부하지 마시고 이 서식** 하단에 있는 공간에서 서식 번호 또는 제목 및 위원회에 제출한 날짜를 기재해 확인하십시오. 이 서식 하단에 서명하고 날짜를 기재하십시오.

보상 지급:

a. 본인은 _____ 기준으로 근로하고 있지 않으며 급여를 지급받지 못하고 있습니다. 장애를 나타내는 의료 문서 필요.

해당하는 모든 항목에 체크:

- 본인은 업무 관련 부상에 대한 청구를 제출하였다.
본인의 고용주는 본인의 임금을 지급하지 않는다.
본인의 청구는 거부되지 않았다.
본인은 본인을 보상으로부터 제한하는 결정을 수령한 적이 없다.
본인은 보험 회사와 문제 해결을 시도하였다.

b. 본인의 급여 지급이 중단 또는 축소되었다.

c. 본인은 전액 급여 지급으로 _____에 업무에 복귀하였다.

d. 본인은 상해를 입기 전보다 급여를 적게 받고 있다. 현재 급여 명세서 및 담당 의사로부터의 의료 기록을 첨부하십시오.

e. 본인은 사고/신체 상해 날짜 당시 고용주가 두 명 이상이였다(이중 고용).

상해를 입기 전, 주간 급여 총액 및 휴업 시간에 대한 두 번째 고용주로부터의 진술서를 첨부하십시오.

f. 본인은 _____에 석방되었고 급여 지급을 받지 못하고 있다.

신체적 장애가 표시된 의료 기록 및 구금 석방 서류를 첨부하십시오.

g. 본인은 _____에 내려진 결정에 따른 급여 지급을 받지 못했다.

의학적 문제:

h. 의학적 치료에 대한 본인의 요청은 거부되거나 해결되지 않았다. 거부 서신을 첨부하십시오.

i. 본인의 장애는 현재 영구적이다. 의료 서식 C-4.3 MMI/영구 장애에 대한 의사 기록을 첨부하십시오. 사고 당시 25세 이하였던 경우 이 상자를 체크하십시오.

j. 본인의 의학적 상태는 변화했다. 의료 서식을 첨부하십시오.

k. 의료 및 이송 배상에 대한 본인의 요청은 거부되거나 해결되지 않았다. 확인서 및 서식 C-257을 첨부하십시오.

기타 문제:

l. | 본인은 다음에 대해 새로운 정보 및/또는 위원회에서 요청한 정보를 보유하고 있다(문서 첨부).

m. 기타(아래 공간에 상세 기술):

**문서 참조 정보(날짜, 이름/제목, 서식 ID): _____

산재 근로자의 서명: _____ 날짜: _____

산재 근로자 대상 - 이 서식 사용에 대한 일반 정보

귀하는 귀하의 청구에 대해 산재 보험 위원회가 특정한 조치를 취하길 원할 경우, 또는 귀하의 청구에 영향을 미치는 문제 또는 상황을 위원회에 알려야 할 경우 이 서식(RFA-1W) 및 모든 첨부 문서를 산재 보험 위원회에 제출할 수 있습니다. 가장 자주 요청하는 대부분의 조치/상황은 보상 지급 문제(항목 a~g) 또는 의료 문제(항목 h~k)로 나열되어 있으나 이는 나열된 항목에 국한되지 않습니다. 해당하는 모든 항목에 체크하거나 제공된 공간(l 또는 m)에 추가 정보 또는 설명을 기재하십시오.

서식 RFA-1W 상단에 식별 정보를 작성하고 해당하는 모든 정보를 첨부해* 서식을 다음으로 보내주십시오.

Workers' Compensation Board
PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5205

이메일 제출 주소: wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov

주 전체 팩스 번호: (877) 533-0337

위원회는 귀하의 청구에 대한 조치를 취할 때 귀하와 모든 이해당사자에 연락할 것입니다.

*각 체크 상자 뒤에 굵은 글씨로 쓰여있는 필요한 정보를 확인하실 수 있습니다. 예를 들어 귀하의 장애가 현재 영구적임을 위원회에 알리는 경우(상자 i) 필요한 정보는 서식 C-4.3, MMI/영구 장애에 대한 의사 기록입니다.

이 서식에 대한 사본을 보험 회사 또는 직접 고용주에게 보내거나 고용주가 자가보험에 가입한 경우 제3자 행정 담당자에게 보내셔야 합니다.

기타 우려 사항이 있으신 경우 위원회의 **산재 근로자 후원국(ADVOCATE FOR INJURED WORKERS)**에 (800) 580-6665번으로 연락하실 수 있습니다. 기타 위원회 서비스에 대한 추가 정보는 다음 위원회 웹사이트에서 확인하실 수 있습니다. www.wcb.ny.gov. 온라인으로 청구 상황을 추적하고자 하시는 경우, 위원회 웹사이트의 eCase 링크에서 확인할 수 있는 등록 지침을 이용해 eCase에 등록하실 수 있습니다.

귀하는 법정 대리에 대한 권리가 있습니다. 산재보험 청구 건에서 변호사는 귀하에게 직접 비용 지급을 요청할 수 없습니다. 귀하의 청구에 대한 수당이 있는 경우, 모든 법률 비용 요청은 위원회에서 승인해야 하고 보험 회사가 귀하의 수당에서 공제한 후 변호사에게 직접 지급합니다.

의학적 치료 - 가치가 \$1000.00 미만인 의료 서비스와 더불어 의학적 치료 지침(Medical Treatment Guidelines)에서 보장하는 대부분의 의료 서비스는 (비용과 상관없이) 의학적 허가가 필요하지 않습니다. 이러한 유형의 서비스에 대해서는 건강 서비스 제공자가 치료를 제공하고 보험 회사에 청구할 수 있습니다. 청구서의 수령 후 45일 이내에 아무런 응답이 없는 경우 건강 서비스 제공자는 행정 수당에 대해 서식 HP-1을 제출할 수 있습니다. 복잡한 수술적 시술과 같이 의학적 치료 지침에서 보장하는 특정 치료는 사전 허가가 필요합니다. 이러한 치료 유형 외에도 의료 서비스의 가치가 \$1000.00 이상이고 의학적 치료 지침에 해당되지 않는다면 건강 서비스 제공자는 보험 회사 또는 허가를 위해 자가보험 고용주에게 연락해야 합니다. 건강 서비스 제공자는 또한 보험 회사 또는 자가보험 고용주 및 위원회에 서식 C-4AUTH를 제출해야 합니다. 의학적 치료 지침 서비스 또는 가치가 \$1000.00 이상인 의료 서비스를 거부하는 경우 보험 회사 또는 자가보험 고용주는 서식 C-8.1A를 제출하고 상충되는 의료 증거를 제공해야 합니다.

모든 실질적인 거짓 진술서를 포함한, 모든 실질적 사실을 감추는 모든 정보를 의도적으로, 사취하려는 의도로 보험 회사 또는 자가보험 회사에 제출되도록 유도하거나 이것이 제출될 것이라는 지식 또는 신념 하에 준비하는 것은 범죄이며 상당한 벌금 및 구금에 처할 수 있습니다.

뉴욕 개인 정보 보호법(공무원법 제6-A조) 및 1974년 연방 개인 정보 보호법(5 U.S.C. § 552a)에 따른 통지. 산재 근로자의 사회보장 번호를 포함한 개인 정보 제공을 요청하는 산재보험 위원회의 권한은 산재보험법(WCL) § 20 및 WCL § 142하의 행정 권한에 따른 위원회의 조사 권한으로부터 나온 것입니다. 이 정보는 가장 신속한 방법으로 위원회의 청구 조사 및 관리를 지원하고 위원회가 정확한 청구 기록을 유지하도록 돕기 위해 수집합니다. 귀하가 위원회에 사회보장 번호를 제공하는 것은 자발적인 것입니다. 귀하가 이 서식에 사회보장 번호를 제공하지 않는다 해도 처벌받지는 않으며 청구의 거부 또는 혜택의 축소로 이어지지 않습니다. 위원회는 보유하고 있는 모든 개인 정보의 기밀을 보장하며 공무원 상 진행 및 해당 주 및 연방법에 의해서만 공개합니다.