

사고 발생 7년이 경과한 청구의 재개 신청

공지: 이 양식은 필요한 경우 담당의 보고서(양식 C-27)와 함께 케이스가 종료된 지방 당국의 노동자 보상 위원회 의장에게 즉시 제출되어야 합니다. 뒷면의 정보를 작성해야 합니다.

모든 질문에 답변하고 전자 기입 후 인쇄하거나 명확하게 기재하십시오.

WCB 케이스 번호 _____ 사건 발생일 _____ 청구인 사회보장번호 _____

1. 부상자 이름 _____ 성별 남성 여성 기타 생년월일 _____

현재 주소 _____ 아파트 호수 _____

2. 고용주(사건 발생 당시) _____

주소 _____

3. 이 고용주를 위한 마지막 근무일이 언제입니까? _____

4. 현재 담당의 이름 _____

주소 _____

5. 부상자 직원이 사망한 경우, 사망 날짜 _____

6. 부상의 특성 _____

7. 케이스 재개를 원하는 구체적인 이유를 진술하십시오 _____

8. 사고 발생 후 진료 기록(모든 의사 및 병원 열거):

의사 또는 병원

주소

기간

시작: _____ 종료: _____

시작: _____ 종료: _____

시작: _____ 종료: _____

9. 부상을 위한 기구나 장비를 처음에 제공받았거나 사고 당시 치료를 받았습니까? 예 아니요

(a) '예'라고 답한 경우 그것을 제공하고 비용을 지급한 사람은 누구입니까? _____

(b) 해당 기구를 교체 또는 수리한 적이 있습니까? 예 아니요

(c) '예'라고 대답한 경우 누가 어느 날짜에 수행했습니까? _____

10. 지난 8년간 고용주 또는 보험회사가 귀하에게 제공한 진료 또는 수술이나 병원 치료가 있습니까? 예 아니요

11. 지난 8년간 고용주 또는 보험회사가 기구 또는 인공 장치를 제공하거나 수리한 적이 있습니까?..... 예 아니요

12. 사고의 결과로 보상을 제출한 것 이외에 다른 사람을 고소했습니까?..... 예 아니요

'예'라고 답한 경우 다음 정보 제출:

변호사 이름 및 주소 _____

합의 날짜 _____ 합의 금액: \$ _____

해당하는 경우 합의서의 사본을 제출하십시오.

(뒷면의 정보를 작성하십시오)

13. 지난 8년간 귀하에게 지급된 보상이 있습니까?..... 예 아니요
 '예'라고 답한 경우 다음 정보를 제공하십시오.
 (a) 마지막 지급일은 언제였습니까? _____
 (b) 누가 지급했습니까? _____
 (c) 부담이 더 적은 업무를 할당받았습니까?..... 예 아니요
 (d) (c)에서 '예'라고 답한 경우 적어진 소득에 대한 수당을 받았습니까?..... 예 아니요
14. 케이스가 종료된 후 다른 부상을 입은 적이 있습니까?..... 예 아니요
 '예'라고 답한 경우 다음 사항을 서술하십시오.
 (a) 해당 부상의 특성 _____
 (b) 사고 발생일 _____
 (c) 고용주 이름 _____
 (d) W.C.B. 케이스 번호 _____
 (e) 마지막 공청회 날짜 _____
15. 현재 직장이 있습니까?..... 예 아니요
 현재 직장이 **없는** 경우, 은퇴하셨습니까?..... 예 아니요
 현재 직장이 **있는** 경우, 다음 정보를 제공하십시오.
 (a) 최근 고용주 이름 _____
 주소 _____
 고용주의 뉴욕주 UI 등록 번호(알고 있는 경우) _____
 (b) 현재 장애가 시작된 시기는 언제였습니까? _____ (날짜)
 (c) 현재 장애 직전 직장에서의 근무 시작일과 종료일:
 첫 근무일 _____ 마지막 근무일 _____
 (d) 현재 장애가 있는 기간 동안 장애 수당을 받고 있습니까?..... 예 아니요
 '예'라고 답한 경우, 어디서 수당을 받습니까? _____

고의로 또는 사취하려는 의도로 허위 사실 내역이 포함된 정보를 주장하거나, 주장하도록 야기하거나, 보험회사나 자기 보험 가입자에게 허위 사실 내역이 포함된 정보를 주장하거나 이들에 의해 주장될 수 있다는 인지 혹은 확신을 바탕으로 준비하거나 중요 사실을 숨기는 사람은 범죄를 범하게 되며 상당한 벌금과 징역에 처해집니다.

청구인 서명 _____ 전화번호 _____ 날짜 _____
 우편 주소 _____

중요 공지
 의료적 치료 또는 공급품을 확보하기 전에 노동자 보상 위원회 의장의 승인을 받아야 합니다. 그렇지 않으면 청구인이 해당 치료 또는 공급품을 부담하게 됩니다.

뉴욕 개인정보 보호법(공무원법 6-A조)과 1974년 연방 개인정보보호법(5 U.S.C. § 552a)에 따른 통지.
 청구인에게 사회보장번호를 포함한 개인 정보의 제공을 요구하는 노동자 보상 위원회(위원회)의 권한은 노동자 보상법(Workers' Compensation Law, WCL) § 20에 따른 위원회의 조사 권한과 WCL § 142에 따른 행정 권한에 의거합니다. 이 정보는 위원회가 최대한 편의적인 방식으로 청구를 조사 및 관리하도록 지원하기 위해, 그리고 정확한 청구 기록을 유지하기 위해 수집됩니다. 위원회에 사회보장번호를 제공하는 것은 자의에 따릅니다. 이 양식에 사회보장번호를 제공하지 않아도 불이익은 없으며, 청구의 거절 또는 수당의 감소로 이어지지 않습니다. 위원회는 위원회가 보유하고 있는 모든 개인 정보의 기밀성을 보호할 것이며 공적 의무의 원활한 수행을 위해 관련된 주 및 연방 법을 따라서만 공개합니다.

IF YOU HAVE QUESTIONS OR NEED ADVICE ABOUT YOUR CLAIM, YOU MAY CALL OR VISIT THE NEAREST OFFICE OF THE WORKERS' COMPENSATION BOARD.
 청구와 관련하여 질문이 있거나 조언이 필요한 경우 가까운 노동자 보상 위원회 사무실에 전화하거나 방문하시기 바랍니다.