

장애인 수당 청구 통지 및 증명서

주요 사항: 청구자는 **고용 상태에서** 아프거나 장애를 입은 경우 또는 **고용만료 이후 4주 내에** 아프거나 장애를 입은 경우에만 이 양식을 사용하십시오. 다른 경우에는 청구 양식 DB-300을 사용하십시오.

파트 B - 의료제공자의 진술(정자체 또는 타이핑으로 기입)

의료 제공자의 진술은 빠짐없이 작성되어야 하며 이 양식은 **보험사나 자가보험 고용주에게 우송되거나, 또는 이 양식을 수령한 이후 7일 내에 청구자에게 반송되어야 합니다. 7d에 대한 예정일자를 기재하십시오. 대략적인 산정을 하십시오. 임신에 의해 장애가 발생하거나 임신과 관련하여 장애가 발생한 경우 “기타 의견” 항목에 출산예정일을 기재하십시오.**

1. 청구자 성명 2. 생년월일 3. 성별 남자 여자
4. 진단/분석 진단 코드.....
- a. 청구자 증상
- b. 객관적 소견
5. 청구자는 입원했는가? 예 아니요 입원일 퇴원일
6. 수술이 필요한가? 예 아니요 a. 유형 b. 날짜
7. 다음 항목에 날짜를 기재하십시오:
- | | | | |
|--------------------------------------|---|---|----|
| | 월 | 일 | 연도 |
| a. 본 장애의 최초 치료일 | | | |
| b. 본 장애의 최근 치료일 | | | |
| c. 본 장애로 인해 청구자가 일을 할 수 없었던 일자 | | | |
| d. 청구자가 평소 업무를 수행할 수 있는 일자 | | | |
- (비록 상당한 문제가 존재한다 해도, 날짜를 추산하십시오. 알 수 없음 또는 미확정과 같은 용어는 사용하지 마십시오.)
8. 귀하의 견해에 따르면 이 장애가 직업병 또는 고용과정을 통해 발생한 상해의 결과입니까? 예 아니요
 “예”를 선택하신 경우 산재보상위원회에 양식 C-4 를 제출했습니까? 예 아니요
 기타 의견 (필요한 경우 추가용지에 기재 후 첨부)

(장애가 임신과 관련된 경우 출산예정일을 기재하십시오)

본인은 확인합니다 <input type="checkbox"/> 척추교정의 <input type="checkbox"/> 내과의사 <input type="checkbox"/> 심리학자 본인은 입니다. <input type="checkbox"/> 치과의사 <input type="checkbox"/> 발병전문가 <input type="checkbox"/> 조산사	라이선스를 취득한 주	라이선스 번호
--	-------------	---------

고의적이거나 속이려는 의도를 가지고 보험회사나 자가보험사에게 또는 해당 보험사에 의해 제출될 것을 미리 알거나 판단하면서 주요한 허위 진술을 포함한 정보를 제출하거나 제출하도록 원인을 제공하거나 준비하는 사람이나 또는 주요한 사실을 은폐하려는 사람은 처벌을 받을 것이며 상당한 벌금형과 구속을 당할 수 있습니다.

의료제공자 서명 날짜

의료제공자 성명(정자체로 기입) 전화번호

사무소 주소

번지
거리
도시/타운
주
우편번호

HIPAA 공지 - 산재보상 청구를 판정내리기 위해, WCL13-a(4)(a) 및 12 NYCRR 325-1.3 에 의거해 의료제공자가 위원회와 보험사 또는 고용주에게 치료에 관한 의료진단서를 정기적으로 제출하도록 요구합니다. 45 CFR 164.512 규정에 의거하여 이와 같이 합법적으로 요청된 의료진단서는 HIPAA 의 건강정보에 대한 제한에서 면제됩니다.