

Штат Нью-Йорк – Совет по компенсациям работникам
Инструкция по заполнению формы С-2F
«Первое сообщение работодателя о травме/заболевании на рабочем месте»

Укажите имя и фамилию пострадавшего работника в верхней части сообщения. Укажите дату получения травмы/наступления заболевания по имеющейся у вас информации. Если у вас нет номера дела Совета по компенсациям работникам или номера претензии в реестре администратора по работе с претензиями либо вы не знаете его, оставьте соответствующее поле пустым. Указание этого номера не является обязательным для обработки формы.

Информация о страховщике / администраторе по работе с претензиями:

- **Название страховщика** – название вашего страховщика по компенсациям работникам или название группы самостоятельного страхования.
- **Идентификационный номер страховщика** – номер кода страховщика (номер **W**), присвоенный Советом по компенсациям работникам. Если вы не знаете номер **W**, обратитесь к своему страховщику.
- **Название** – название администратора по работе с претензиями (организации по урегулированию претензий, рассматривающей данную претензию).
- **Для сведения/Кому** – информация о любом дополнительном соответствующем лице для контактов с администратором по работе с претензиями.
- **Адрес, город, штат, почтовый индекс и страна** – адрес администратора по работе с претензиями, если он известен.
- **Идентификационный номер администратора по работе с претензиями** – номер кода страховщика (номер **W**) или номер внешнего администратора (номер **T**), присвоенный Советом по компенсациям работникам. Если вы не знаете номер внешнего администратора (номер **T**), обратитесь к своему администратору по работе с претензиями.

Информация о работнике:

- **Имя, средний инициал, фамилия, дополнение** – полное официальное имя пострадавшего работника.
- **Почтовый адрес, город, штат, почтовый индекс и страна** – полный адрес пострадавшего работника, если он известен.
- **Номер телефона** – номер телефона пострадавшего работника, включая код населенного пункта.
- **Дата приема на работу** – дата, когда работник был принят на работу.
- **Дата рождения** – дата рождения работника.
- **Пол** – отметить соответствующий пол.
- **SSN работника** – номер социального обеспечения (SSN) работника.
- **Род занятий** – указать основной род занятий работника на момент происшествия.

Информация о претензии:

- **Время получения травмы** – время, когда была получена травма / началось заболевание.
- **Дата, в которую работодателю стало известно о травме** – дата, в которую работодатель узнал о травме.
- **Статус трудоустройства** – соответствующий статус трудоустройства работника (например, полная занятость, неполный рабочий день, сезонный работник, волонтер и т. д.).
- **Дата, в которую работодателю стало известно о нетрудоспособности** – дата, в которую работодатель узнал или был извещен о производственной нетрудоспособности/инвалидности работника.
- **Расчетная недельная заработная плата** – указать среднюю валовую недельную заработную плату работника до травмы/заболевания.
- **Количество рабочих дней в неделю** – указать обычное количество рабочих дней в неделю по графику (1–7).
- **Вид рабочей недели** – Отметить вид рабочей недели заявителя на момент травмы. Стандартная (5 дней по графику с понедельника по пятницу), фиксированная (определенные дни недели, но не 5 дней по графику с понедельника по пятницу) или переменная (у работника нет установленного графика работы на неделю).
- **Рабочие дни по графику** – Отметить дни работы заявителя по графику на момент травмы. Если выбран вариант «непостоянная рабочая неделя», это поле можно оставить пустым.

Травма работника:

- **Полная заработная плата выплачена за день, в который получена травма** – отметить «Да» или «Нет».
- **Работодатель выплатил зарплату вместо компенсации** – отметить «Да» или «Нет», чтобы указать, продолжил ли работник получать плату после заболевания/травмы, такую как плату за отпуск по болезни или пособие по нетрудоспособности.
- **Первоначальное лечение** – отметить вид первоначального лечения.
- **Травма с летальным исходом** – отметить «Да», «Нет» или «Неизвестно», чтобы указать, привела ли травма/заболевание к летальному исходу.
- **Дата смерти** – указать дату смерти (в соответствующем случае).
- **Количество иждивенцев** – количество иждивенцев, *если известно (только в случае смерти)*.
- **Характер травмы** – указать вид травмы (например, порез, ожог, перелом, растяжение связок и т. д.).
- **Часть тела** – указать часть тела, которая была травмирована (например, левая рука, правая нога, голова, несколько частей тела и т. д.).
- **Причина травмы** – указать, чем была вызвана травма (например, автомобиль, машина, растяжение связок или травма при поднятии груза и т. д.).
- **Описание происшествия/травмы** – описать, как произошло происшествие и какие травмы оно повлекло за собой.

Статус работы:

- **Последний рабочий день** – последний рабочий день перед отсутствием по нетрудоспособности.
- **Вид возвращения на работу** – отметить «*Фактически*», если работник фактически вернулся к работе, или «*Разрешено*», если работнику было разрешено вернуться на работу, но он этого не сделал.
- **Дата наступления нетрудоспособности** – первый день нетрудоспособности (отсутствия на работе) после окончания обязательного периода ожидания продолжительностью 7 дней. Для работников, состоявших в волонтерской службе скорой помощи или волонтерском отделе пожарной охраны, 7-дневный период ожидания не устанавливается.
- **Физические ограничения** – отметьте «*Да*», если работник вернулся на работу при наличии ограничений, или «*Нет*», если работник вернулся на работу без ограничений.
- **Дата возвращения на работу** – если работник вернулся на работу, указать соответствующую дату возвращения на работу.
- **Возвращение на работу у того же работодателя** – отметить «*Да*» или «*Нет*».

Место и свидетели происшествия:

- **Территория** – отметить соответствующее место, где произошло происшествие. «*У работодателя*» – происшествие произошло на территории работодателя; «*У арендатора*» – происшествие произошло на территории арендатора, у которого работник работал по найму; или «*Другое*» – происшествие произошло не на территории работодателя, у которого работник работал по найму. Следует отметить «*У работодателя*», если работник состоял в волонтерской службе скорой помощи или волонтерском отделении пожарной охраны и получил травму во время работы в своей службе/своем отделе. Следует отметить «*Другое*», если работник получил травму во время работы в официальной должности не в своей волонтерской службе скорой помощи или не в своем отделении пожарной охраны.
- **Название организации** – название организации, где произошла травма/наступило заболевание.
- **Улица, город, штат, почтовый индекс, округ и страна** – адрес места, где произошла травма/наступило заболевание.
- **Уточнение адреса** – уточнить адрес места происшествия (например, здание С, 4-й этаж цеха 101).
- **Имена, фамилии и служебные телефоны свидетелей** – указать имена, фамилии и служебные телефоны любых свидетелей травмы/заболевания.

Информация о работодателе:

- **Название** – название компании или фамилия владельца и название, под которым он ведет свою деятельность. Если работник состоял в волонтерской службе скорой помощи или волонтерском отделении пожарной охраны, необходимо указать название административно-территориального подразделения.
- **Номер FEIN работодателя** – указать ваш федеральный идентификационный номер работодателя (Federal Employer Identification Number, FEIN). Это ваш федеральный идентификационный номер налогоплательщика. Если у вас нет номера FEIN, укажите свой номер социального обеспечения. Если работодателем была волонтерская служба скорой помощи или волонтерское отделение пожарной охраны, необходимо указать номер FEIN административно-территориального подразделения.
- **Номер UI** – укажите первые 7 цифр своего регистрационного номера (UIER) страхования по безработице в штате Нью-Йорк (New York Unemployment Insurance, NY UI). Этот номер используется для составления отчетности, представляемой в Департамент труда.
- **Код ручной классификации** – код ручной классификации Совета по рейтингу страховых компенсаций штата Нью-Йорк (New York Compensation Insurance Rating Board, NYCIRB), если он известен. Вы можете найти его в своем полисе страховых компенсаций работникам.
- **Код вида экономической деятельности** – код по классификатору видов экономической деятельности Северной Америки (North American Industry Classification System, NAICS). Если вы не знаете свой код NAICS, опишите как можно точнее вид или характер деятельности вашего предприятия (например, ресторан, строительство, розничная торговля).
- **Для сведения/Кому** – информация о любом дополнительном соответствующем контактном лице со стороны работодателя.
- **Почтовый адрес, город, штат, почтовый индекс и страна** – основной адрес работодателя, на который приходит почтовая корреспонденция (например, адрес центрального офиса). Указать номер абонентского ящика.
- **Фактический адрес, город, штат, почтовый индекс и страна** – фактический адрес работодателя (если отличается от указанного).
- **Имя, фамилия и служебный телефон руководителя** – указать имя, фамилию и телефон непосредственного руководителя работника с кодом населенного пункта.

Информация о застрахованном лице:

- **Наименование застрахованного лица** – название застрахованной организации. Если работник состоял в волонтерской службе скорой помощи или волонтерском отделении пожарной охраны, необходимо указать название службы скорой помощи или отделения пожарной охраны.
- **Номер FEIN застрахованного лица** – федеральный идентификационный номер работодателя (Federal Employer Identification Number, FEIN), присвоенный застрахованному лицу. Это ваш федеральный идентификационный номер налогоплательщика. Если у вас нет номера FEIN, укажите свой номер социального обеспечения. Если работник состоял в волонтерской службе скорой помощи или волонтерском отделении пожарной охраны, необходимо указать номер FEIN службы скорой помощи или отделения пожарной охраны.
- **Идентификационный номер объекта застрахованного лица** – указать идентификационный номер объекта застрахованного лица, если он имеется (например, магазин 202, площадка 51 и т. д.).
- **Тип застрахованного лица** – отметить тип страхования: «*Застрахован*», «*Застрахован самостоятельно*» или «*Не застрахован*».
- **Идентификационный номер полиса** – номер вашего полиса страховых компенсаций работникам.
- **Дата вступления в силу и дата истечения срока действия полиса** – даты вступления в силу и истечения срока действия полиса.