



**Информация по заявлению - ВСЕ СООБЩЕНИЯ ДОЛЖНЫ СОДЕРЖАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ СВЕДЕНИЯ**

Дата травмы/заболевания: \_\_\_\_\_ Номер дела WCB: \_\_\_\_\_ Мои права на лимитированные пособия по постоянной частичной инвалидности (PPD) истекают (ММ/ДД/ГГГГ): \_\_\_\_\_

**Информация о работнике**

Фамилия: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_ Инициал второго имени: \_\_\_\_\_

Почтовый адрес: \_\_\_\_\_ Строка 2: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_ Страна: \_\_\_\_\_

Номер телефона для звонков в дневное время: \_\_\_\_\_ Адрес эл. почты: \_\_\_\_\_

**В каких случаях необходимо отправлять Форму С-35** - Используйте данную форму, если Вы являетесь работником, получившим травму, и требуете пересмотра решения по Вашему делу в связи с крайними затруднениями, определенными в разделе 35 (3) Закона о компенсации работникам (Workers' Compensation Law), и Вы имеете постоянную частичную инвалидность с потерей свыше 75% своей трудоспособности, и Ваши права на лимитированные пособия истекут в течение одного года (365 дней или меньшего срока, начиная с сегодняшней даты).

**Доход семьи, кроме заработной платы** - Перечислите все ежемесячные доходы, не связанные с заработной платой.

	Травмированный работник	Супруг/супруга	Другое совершеннолетнее лицо, проживающее с травмированным работником
Компенсационные выплаты работникам	_____	_____	_____
Социальное пособие по инвалидности	_____	_____	_____
Социальное пенсионное пособие	_____	_____	_____
Доход от алиментов на детей	_____	_____	_____
Выплаты на содержание супруга (-и) после развода	_____	_____	_____
Другой доход (указать): _____	_____	_____	_____
Другой доход (указать): _____	_____	_____	_____
Другой доход (указать): _____	_____	_____	_____
<b>ОБЩИЙ доход семьи, кроме заработной платы</b>	_____	_____	_____

**Месячный прожиточный минимум** - список ежемесячных сумм. О расходах, имеющих место не каждый месяц, читайте в инструкциях.

Расходы семьи	Месячные расходы	Прочие расходы (указать)	Месячные расходы
Аренда или ипотека	_____	_____	_____
Электричество, топливо/газ, вода/мусор	_____	_____	_____
Телефон / мобильная связь / кабельное ТВ / интернет	_____	_____	_____
<b>ОБЩИЕ расходы семьи</b>			_____

**Другие факторы, способствующие крайним затруднениям** - Используйте данное поле или приложите дополнительные листы, чтобы сообщить о любых других факторах, способствующих крайним затруднениям.

Подпись травмированного работника: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Любое лицо, которое сознательно и с МОШЕННИЧЕСКИМ НАМЕРЕНИЕМ подает, организует подачу любой информации с ЛОЖНЫМИ СУЩЕСТВЕННЫМИ ЗАЯВЛЕНИЯМИ, или подготавливает ее, зная или понимая, что она будет подана страховщику/самостраховщику или страховщиком/самостраховщиком, либо скрывает любой существенный факт, совершает уголовное ПРЕСТУПЛЕНИЕ, за которое предусмотрено наказание в виде крупных ШТРАФОВ И ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ.

## Общая информация для травмированного работника об использовании данной формы

Вы можете направить данную форму (С-35) и любые приложения к ней в Совет по компенсации работникам по факсу, электронной или обычной почте. Адреса см. ниже. Пожалуйста, сохраните копию заполненной формы и подтверждающей документации. После рассмотрения заполненной формы Советом мы можем обратиться к Вам за дополнительной информацией. Если в этой форме недостаточно места для указания всех необходимых сведений, представьте дополнительную информацию в отдельном документе. В каждом документе четко укажите свое полное имя, номер дела WCB и дату получения травмы или возникновения заболевания.

1. Данная форма предназначена только для травмированных работников с постоянной частичной инвалидностью и потерей свыше 75% трудоспособности.
2. Эта форма может быть подана в Совет по компенсации работникам в течение года до даты завершения компенсационных выплат. Формы, подаваемые в срок, превышающий один год до даты завершения компенсационных выплат, возвращаются и не обрабатываются.
3. Укажите в данной форме доходы из всех источников, включая других людей, проживающих в семье травмированного работника. При необходимости используйте дополнительные листы. Также перечислите в данной форме расходы семьи и любые другие факторы, способствующие наступлению крайних затруднений.

Укажите месячные суммы расходов. В отношении расходов, которые имеют место не каждый месяц, выполните следующие преобразования:

Если счет оплачивается	Рассчитайте месячную сумму путем ее
Раз в квартал	деления на 3
Раз в неделю	умножения на 4,3
Раз в две недели	умножения на 2,17
Раз в каждые две недели (два раза в месяц)	умножения на 2

4. Представьте документацию по всем расходам и доходам семьи, указанным в форме С-35. Рассмотрение не до конца заполненных заявлений может быть отложено до получения недостающей информации.

Укажите идентификационные данные в верхней части формы С-35 и отправьте ее со ВСЕЙ НЕОБХОДИМОЙ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ по адресу:

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

**Адрес для подачи формы по электронной почте: [wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov](mailto:wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov) • Линия для передачи факсимильных сообщений в пределах штата: (877) 533-0337**

**Раскрытие информации:** Совет не будет передавать неуполномоченным лицам информацию о Вашем деле без Вашего согласия. Если Вы решите раскрыть такую информацию неуполномоченному лицу, Вы должны подать в Совет оригинал подписанной формы ОС-110А «Разрешение заявителя на раскрытие данных о компенсации работникам» (Claimant's Authorization to Disclose Workers' Compensation Records) или оригинал подписанного и нотариально заверенного письменного разрешения. Вы можете позвонить в местное отделение WCB для запроса формы ОС-110А, или ее можно скачать на нашем веб-сайте [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov). Форма находится в разделе Common Forms Online. Отправьте заполненную форму разрешения по указанному выше адресу.

**Примечание в соответствии с Законом о защите персональных данных г. Нью-Йорка (New York Personal Privacy Protection Law) (статьей 6-А Закона о государственных служащих (Public Officers Law)) и Федеральным законом о конфиденциальности (Federal Privacy Act) от 1974 г. (§ 552a 5-го Свода законов США (U.S.C.)).** Право Совета по компенсации работникам (далее - Совет) требовать от заявителей предоставления личных данных, включая номер социального страхования, обусловлено следственными полномочиями Совета по § 20 Закона о компенсации работникам (Workers' Compensation Law, WCL), и его административными полномочиями, предусмотренными § 142 WCL. Сбор этой информации осуществляется, чтобы помочь Совету наиболее эффективно расследовать заявления и управлять ими, а также вести их точный учет. Предоставление номера социального страхования Совету является добровольным. За непредоставление номера социального страхования в данной форме штрафные санкции не предусмотрены; это не приведет к отклонению Вашего заявления или сокращению пособий. Совет обеспечивает конфиденциальность всех личных данных, которые находятся в его распоряжении, и передает их только в рамках своих официальных обязанностей и в соответствии с требованиями применимого законодательства, действующего на уровне штата и на федеральном уровне.