

**Управление по компенсациям работникам штата Нью-Йорк**

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВЫПЛАТУ КОМПЕНСАЦИИ В СЛУЧАЕ СМЕРТИ РАБОТНИКА**

Предоставление копий необходимых документов в Управление по компенсациям работникам ускорит обработку заявления. Приложите к заявлению копии всех имеющихся документов. Копии недостающих документов необходимо предъявить на первом слушании. Заполните и направьте это заявление КАК МОЖНО СКОРЕЕ. Перечень необходимых документов:

- a. Медицинское заключение лечащего врача усопшего.
- b. Свидетельство о смерти.
- c. Документ, подтверждающий родство, например, свидетельство о рождении, свидетельство о браке, документы, подтверждающие усыновление, и т.п.
- d. Подробный счет за услуги по погребению.

№ ДЕЛА, ЗАВЕДЕННОГО УПРАВЛЕНИЕМ ПО КОМПЕНСАЦИЯМ РАБОТНИКАМ (если он вам известен)	№ ДЕЛА В СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ	КОД СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ	№ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ УСОПШЕГО	№ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ	ДАТА ПРОИСШЕСТВИЯ/ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ
ФИО			АДРЕС (дом, улица, город, штат, почтовый индекс)		Номер квартиры
УСОПШИЙ					
РАБОТОДАТЕЛЬ					
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ					
ЗАЯВИТЕЛЬ					Номер квартиры

Прошу предоставить мне в соответствии с Законом о компенсациях работникам компенсацию в связи со смертью указанного выше лица, наступившей в результате травмы, понесенной на рабочем месте в указанной выше организации (работодатель), в подтверждение чего прилагается следующая информация:

1. a. Смерть наступила на \_\_\_\_\_ день \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_ (Свидетельство о смерти прилагается).
- b. Как произошел несчастный случай или возникло профессиональное заболевание? (Подробно опишите, что произошло с пострадавшим: падение, удар, и т.п., а также какие факторы или события послужили прямой или косвенной причиной происшествия)
- c. Место происшествия: \_\_\_\_\_
- d. Характер травмы и травмированные части тела: \_\_\_\_\_

**Примечание: Необходимо приложить медицинское заключение, если оно имеется.**

2. ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ	ФИО	Адрес
3. ВРАЧ ИЛИ БОЛЬНИЦА, ГДЕ НАБЛЮДАЛСЯ УСОПШИЙ ПЕРЕД СМЕРТЬЮ		
4. ПОХОРОННОЕ БЮРО		
5. ЛИЦО, ОПЛАТИВШЕЕ ВСЕ РАСХОДЫ ПО ПОГРЕБЕНИЮ		

6. Сумма счетов, выставленных похоронным бюро \$ \_\_\_\_\_ Оплаченная сумма \$ \_\_\_\_\_ (Если имеется счет за похоронные услуги, приложите его к заявлению)
7. Дата рождения заявителя \_\_\_\_\_ 8. Родство с усопшим \_\_\_\_\_
9. Остались ли у покойного супруга/супруг и/или дети до 18 лет или до 23 лет, являющиеся студентами какого-либо официально зарегистрированного образовательного учреждения, и обучающиеся на дневной форме?  Да  Нет
10. Члены семьи усопшего или лица, находившиеся на иждивении усопшего: (инструкции на обороте)

ФИО	АДРЕС	ДАТА РОЖДЕНИЯ	РОДСТВО

(Приложите к заявлению документы, подтверждающие родство, например, свидетельство о рождении, свидетельство о браке, документы, подтверждающие усыновление, и т.п., если они имеются)

**(ИНСТРУКЦИИ НА ОБОРОТЕ)**

**ЕСЛИ У ВАС ЕСТЬ ВОПРОСЫ О ТОМ, КАК ПОЛУЧИТЬ ПОСОБИЕ В СВЯЗИ СО СМЕРТЬЮ РАБОТНИКА, ОБРАЩАЙТЕСЬ В БЛИЖАЙШЕЕ ОТДЕЛЕНИЕ УПРАВЛЕНИЯ ПО КОМПЕНСАЦИЯМ РАБОТНИКАМ.**

**11. ЕСЛИ ВЫ ЯВЛЯЕТЕСЬ СУПРУГОМ/СУПРУГОЙ ИЛИ РЕБЕНКОМ УСОПШЕГО, ЗАПОЛНИТЕ СЛЕДУЮЩУЮ АНКЕТУ:**

- а. Когда, где и кем был зарегистрирован ваш брак с усопшим \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (Приложите свидетельство о браке, если есть)  
(Место регистрации/заключения брака) Лицо, совершившее церемонию/зарегистрировавшее брак
- б. Количество детей в возрасте до 18 лет на момент смерти усопшего. \_\_\_\_\_
- с. Количество детей в возрасте старше 18 лет и младше 23 лет на момент смерти усопшего, обучающихся на дневной форме обучения в каком-либо официально зарегистрированном образовательном учреждении. \_\_\_\_\_

**12. ЕСЛИ ВЫ ПРИХОДИЛИСЬ УСОПШЕМУ СУПРУГОЙ/СУПРУГОМ, укажите причитающуюся вам долю страхового пособия, выплачиваемого в связи с потерей кормильца по Закону о социальном обеспечении. \$ \_\_\_\_\_ (если имеется, приложите копию Свидетельства, подтверждающего право на получение социального обеспечения, в котором указан размер причитающейся вам доли пособия в связи со смертью кормильца, либо копию чека, в котором указана сумма пособия.)**

**13. ЕСЛИ ВЫ НЕ ЯВЛЯЕТЕСЬ СУПРУГОЙ/СУПРУГОМ И/ИЛИ РЕБЕНКОМ УСОПШЕГО В ВОЗРАСТЕ ДО 18 ЛЕТ ИЛИ ДО 23 ЛЕТ, ЯВЛЯЮЩИМСЯ СТУДЕНТОМ КАКОГО-ЛИБО ОФИЦИАЛЬНО ЗАРЕГИСТРИРОВАННОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ, И ОБУЧАЮЩИМСЯ НА ДНЕВНОЙ ФОРМЕ, ПРЕДОСТАВЬТЕ СЛЕДУЮЩУЮ ИНФОРМАЦИЮ:**

- а. Находились ли вы на полном или частичном иждивении усопшего? \_\_\_\_\_
- б. Если вы находились на частичном иждивении, то укажите в какой степени? \_\_\_\_\_
- с. Я владею следующим имуществом:
- (1) Недвижимое имущество, оценочной стоимостью \$ \_\_\_\_\_, с которого я получаю ежегодный доход в размере \$ \_\_\_\_\_ и по которому имеется задолженность в размере \$ \_\_\_\_\_.
- (2) Имеются ли у вас иные источники доходов? (Назовите все источники доходов, и размер доходов, получаемых из каждого из названных источников).

ИСТОЧНИК

СУММА

**14. ЕСЛИ ВЫ ЯВЛЯЕТЕСЬ НАХОДИВШИМСЯ НА ИЖДИВИЕНИИ УСОПШЕГО РЕБЕНКОМ, ВNUКОМ, БРАТОМ, СЕСТРОЙ, В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 18 ЛЕТ И МЛАДШЕ 23 ЛЕТ, И ОБУЧАЕТЕСЬ НА ДНЕВНОЙ ФОРМЕ В КАКОМ-ЛИБО ОФИЦИАЛЬНО ЗАРЕГИСТРИРОВАННОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ, ЗАПОЛНИТЕ СЛЕДУЮЩУЮ ИНФОРМАЦИЮ, ПРИЛОЖИВ СПРАВКУ ИЗ УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ О ТОМ, ЧТО ВЫ ТАМ ОБУЧАЕТЕСЬ, ЕСЛИ ЭТО ВОЗМОЖНО.**

Имя студента

Наименование и адрес образовательного учреждения

Дата начала обучения

ЛЮБОЕ ЛИЦО, КОТОРОЕ СОЗНАТЕЛЬНО И С ЦЕЛЬЮ ОБМАНА ПРЕДОСТАВЛЯЕТ, ДОБИВАЕТСЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ИЛИ ПОДГОТОВЛИВАЕТ ЛЮБУЮ ИНФОРМАЦИЮ, СОДЕРЖАЩУЮ ЛЮБОЕ ЛОЖНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ ПО СУЩЕСТВУ ИЛИ СКРЫВАЮЩУЮ ЛЮБОЙ СУЩЕСТВЕННЫЙ ФАКТ, ЗНАЯ ИЛИ ПОЛАГАЯ, ЧТО ТАКАЯ ИНФОРМАЦИЯ БУДЕТ ПРЕДОСТАВЛЕНА СТРАХОВЩИКОМ ИЛИ СТРАХОВЩИКУ, ИЛИ САМОСТРАХОВЩИКОМ / САМОСТРАХОВЩИКУ, СЧИТАЕТСЯ ВИНОВНЫМ В ПРЕСТУПЛЕНИИ, ЗА СОВЕРШЕНИЕ КОТОРОГО ПРЕДУСМОТРЕНЫ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ШТРАФЫ И ТЮРЕМНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Дата заполнения \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ (Подпись заявителя) Номер телефона: \_\_\_\_\_ **ИЛИ**  
Подпись \_\_\_\_\_ (Лицо, действующее от лица Заявителя) (Отношения с заявителем) Номер телефона: \_\_\_\_\_

**ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ЗАЯВИТЕЛЯ**

- А. По Закону о Компенсациях работникам право на получение компенсации в случае смерти работника имеют:
1. Супруг/супруга усопшего;
  2. Дети усопшего, которым на момент смерти усопшего не исполнилось 18 лет;
  3. Дети усопшего любого возраста, имеющие на момент смерти усопшего инвалидность, в том числе по зрению (полностью незрячие), нетрудоспособные полностью и постоянно;
  4. Внуки, братья и сестры усопшего, не достигшие на момент смерти усопшего 18 лет, и находившиеся на полном или частичном иждивении усопшего на момент несчастного случая;
  5. Родители, бабушки и дедушки усопшего, находившиеся на полном или частичном иждивении усопшего на момент несчастного случая;
  6. Дети усопшего, находившиеся на иждивении внуки, братья и сестры усопшего в возрасте младше 23 лет, обучающиеся на момент смерти усопшего на дневной форме обучения в каком-либо официально зарегистрированном образовательном учреждении. Относится ко всем несчастным случаям, произошедшим после 1 января 1978 г. и повлекшим смерть работника.
- В. Супруг/супруга и дети усопшего могут подавать одно общее заявление. Находившиеся на иждивении усопшего внуки, братья, сестры, родители, бабушки и дедушки подают заявления каждый от себя лично.

Предоставляемая информация охраняется в соответствии с законом штата Нью-Йорк "О защите и неприкосновенности частной жизни" (Закон о государственных служащих, ст. 6-А) и Федеральным законом о неприкосновенности частной жизни от 1974 г. (5 U.S.C. Sec.

Управление по компенсациям работникам (далее "Управление") наделено полномочиями запрашивать у заявителей частную информацию согласно Разделам 20 и 142 Закона о компенсациях работникам. Данная информация используется для более эффективной обработки заявлений и обеспечения точности регистрируемых заявлений.

Управление строго охраняет конфиденциальность всех собранных персональных данных. Доступ к этой информации имеют только сотрудники и представители Управления при исполнении своих должностных обязанностей. Разглашение персональных данных за пределами Управления осуществляется строго в соответствии с применимым законодательством штата и федеральным законодательством.

Руководитель Управления находится по адресу: 12241 Нью-Йорк, Менандз, ул. Бродвей, 100 (518-474-6674). В его обязанности входит обеспечивать сохранность записей Управления, содержащих персональные данные Заявителей.

Отсутствие информации, запрашиваемой в данном бланке, не является причиной для отказа, однако может замедлить обработку вашего заявления. Добровольное предоставление Управлению вашего номера социального обеспечения позволит удостовериться, что предоставленная информация относится к вам, и ускорит принятие действий по вашему заявлению.

**NYS Workers' Compensation Board**

**Centralized Mailing**

**PO Box 5205**

**Binghamton, NY 13902-5202**

**Телефон службы поддержки: 877-632-4996 (звонок бесплатный)**

**C-62R (10-12) Оборот**

**Единый региональный номер факса: 877-533-0337**

**www.wcb.ny.gov**