



## ЗАПРОС НА ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ РАБОТНИКУ, ПОЛУЧИВШЕМУ ТРАВМУ

Данный бланк не следует использовать для сообщения о травме. Чтобы отправить заявление, используйте Бланк С-3.

### Информация о заявлении – ПРИ ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ИНФОРМАЦИИ ЭТИ НОМЕРА УКАЗЫВАЮТСЯ В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ

Дата получения травмы/болезни: \_\_\_\_\_ Номер дела Управления по компенсациям: \_\_\_\_\_

#### Данные получившего травму работника

Отметьте в случае изменения адреса

Фамилия: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_ Средний инициал: \_\_\_\_\_

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

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

Номер телефона для связи в течение дня: \_\_\_\_\_ Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Номер социального страхования: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_ Пол: Мужской Женский

#### Информация о работодателе

Наименование работодателя: \_\_\_\_\_

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

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

Телефон работодателя: \_\_\_\_\_ Федеральный номер налогоплательщика: \_\_\_\_\_

Номер налогоплательщика (выберите один вариант): SSN (Номер социального страхования) EIN (Идентификационный номер работодателя)

**Причина настоящего запроса (инструкции):** Отметьте все подходящие варианты. Не забудьте приложить дополнительные бланки, медицинские заключения, письма и т. д. для подтверждения сведений в соответствии с выбранным вариантом ответа. Если дополнительная информация передавалась в наш адрес ранее, не прилагайте ее, но постарайтесь сообщить об этом в свободном месте внизу данного бланка\*\* с указанием номера бланка или наименования и даты передачи таких сведений сотрудникам Управления. Подпишите бланк и укажите дату ниже.

#### Компенсационные выплаты:

- a. Я не работаю с \_\_\_\_\_ и не получаю выплаты. **Требуется медицинская документация, подтверждающая утрату трудоспособности.**

**Отметьте все подходящие варианты:**

Я подал(-а) заявление в связи с несчастным случаем на производстве.

Мой работодатель не выплачивает мне заработную плату.

Мое заявление не было отклонено.

Я не получал(-а) решение, лишаящее меня компенсации.

Я попытался(-лась) урегулировать вопрос со страховщиком.

- b. Мои выплаты были приостановлены или уменьшены.

- c. Я вернулся(-лась) на работу \_\_\_\_\_ на полный рабочий день.

- d. Я зарабатываю меньше денег после травмы. **Приложите последнюю ведомость заработной платы и медицинские заключения от вашего врача.**

- e. Я работал(-а) на двух и более работодателей на момент несчастного случая/травмы (работа по совместительству).

**Приложите справку о еженедельной заработной плате до вычета налогов и справку от второго работодателя о продолжительности нахождения на больничном.**

- f. Меня освободили из тюрьмы \_\_\_\_\_, и я не получаю выплаты.

**Приложите медицинское заключение с указанием факта утраты трудоспособности по причине состояния здоровья и документы об освобождении из-под стражи.**

- g. Я не получил(-а) выплату согласно решению, зарегистрированному \_\_\_\_\_

#### Медицинские вопросы:

- h. Мой запрос на лечение был отклонен или не был обработан. **Приложите письмо с отказом.**

- i. Утрата трудоспособности в моем случае признана постоянной. **Приложите медицинскую справку С-4.3, заключение врача о максимальном улучшении состояния здоровья (Maximum Medical Improvement, MMI)/необратимом ухудшении здоровья.**

Отметьте данную ячейку, если на момент несчастного случая вам было менее 25 лет.

- j. Состояние моего здоровья изменилось. **Приложите медицинские справки.**

- k. Мой запрос на возмещение медицинских и транспортных расходов был отклонен или не был обработан. **Приложите квитанции и бланк С-257.**

#### Прочие вопросы:

- l. У меня есть новая информация и/или информация, запрошенная Управлением в связи с **(приложите документы):**

- m. Прочее (Поясните в предоставленном ниже поле):

\*\*Справочная информация о документе (дата, ФИО/должность, идентификационный номер бланка): \_\_\_\_\_

Подпись получившего травму работника: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

## Общая информация об использовании данного бланка для работника, получившего травму

Вы можете отправить данный бланк (RFA-1W) и какие-либо приложения в Управление по компенсациям работникам, если хотите, чтобы Управление приняло конкретные меры в отношении вашего заявления, или если вам необходимо предупредить сотрудников Управления о какой-либо проблеме или ситуации, которая оказывает влияние на ваше заявление. Многие из наиболее часто запрашиваемых действий/ситуаций указаны в виде вопросов по компенсационным выплатам (пункты с а по g) или медицинских вопросов (пункты с h по k), но вы не ограничены указанными вопросами. Отметьте все подходящие варианты и/или внесите дополнительную информацию или пояснение в предоставленное поле (l или m).

Укажите идентифицирующие личность сведения в верхней части Бланка RFA-1W и отправьте бланк С ПРИЛОЖЕНИЕМ ВСЕЙ ПРИМЕНИМОЙ ИНФОРМАЦИИ\* по следующему адресу:

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

**Адрес для отправки по электронной почте: [wcbclaimsfling@wcb.ny.gov](mailto:wcbclaimsfling@wcb.ny.gov)**

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

Сотрудники Управления свяжутся с вами и всеми заинтересованными лицами, когда начнут заниматься рассмотрением вашего заявления.

\*После каждой ячейки жирным шрифтом указывается обязательная информация. Например, если вы сообщаете сотрудникам Управления о том, что утрата трудоспособности в вашем случае является постоянной (ячейка i), обязательной информацией является справка C-4.3, заключение врача о максимальном улучшении состояния здоровья (MMI)/необратимом ухудшении здоровья.

**ВЫ ДОЛЖНЫ ОТПРАВИТЬ КОПИЮ ЭТОГО БЛАНКА СТРАХОВЩИКУ(-АМ) ИЛИ НАПРЯМУЮ РАБОТОДАТЕЛЮ ИЛИ ЕГО ВНЕШНЕМУ УПРАВЛЯЮЩЕМУ, ЕСЛИ РАБОТОДАТЕЛЬ ЯВЛЯЕТСЯ САМОЗАСТРАХОВАННЫМ.**

Если у вас есть какие-либо иные вопросы, вы можете связаться с **ЮРИСТОМ УПРАВЛЕНИЯ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИМ ИНТЕРЕСЫ ПОЛУЧИВШИХ ТРАВМУ РАБОТНИКОВ, ПО ТЕЛЕФОНУ (800) 580-6665**. Дополнительную информацию о прочих услугах Управления можно получить на сайте Управления: **[www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov)**. Если вы хотите отслеживать свое заявление в онлайн-режиме, вы можете зарегистрироваться в сервисе eCase, используя инструкции по регистрации, размещенные на сайте Управления по ссылке eCase.

У вас есть право на юридическое представительство. Юрист не может взимать с вас плату напрямую за представление ваших интересов при рассмотрении заявления на компенсацию работнику. Если в рамках рассмотрения вашего заявления вам будет присуждена выплата, какой-либо запрос на возмещение оплаты за юридические услуги должен быть согласован Управлением, и соответствующая сумма будет вычтена из выплаты страховщиком и перечислена напрямую юристу.

**Лечение** - Дополнительно к медицинским услугам стоимостью менее 1000,00 долларов США большинство медицинских услуг, включенных в Рекомендации по лечению (Medical Treatment Guidelines) (независимо от стоимости), не требуют медицинского согласования. В отношении таких типов услуг поставщик медицинских услуг может оказать лечение и выставить счет страховщику. При отсутствии ответа в течение 45 дней с момента получения счета поставщик медицинских услуг может подать заявку на вынесение административного решения на Бланке HP-1. Определенные виды лечения, которые входят в Рекомендации по лечению, например сложные хирургические процедуры, требуют предварительного согласования. Дополнительно к таким типам лечения, если стоимость медицинских услуг составляет 1000,00 долларов США или более и они не входят в Рекомендации по лечению, Поставщик медицинских услуг должен обратиться к страховщику или самозастрахованному работодателю за разрешением. Поставщик медицинских услуг должен также передать Бланк C-4AUTH страховщику или самозастрахованному работодателю и сотрудникам Управления. При отказе в оказании услуг, входящих в Рекомендации по лечению, или медицинских услуг стоимостью 1000,00 долл. США или более, страховщик или самозастрахованный работодатель должны отправить Бланк C-8.1A и предоставить опровергающую медицинскую информацию.

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

**Уведомление согласно закону штата Нью-Йорк "О защите и неприкосновенности частной жизни" (Закон о государственных служащих, статья 6-A) и Федеральному закону о неприкосновенности частной жизни 1974 года (5 Свод законов США § 552a).** Полномочия Управления по компенсациям работникам (Управления) запрашивать у получившего травму работника личную информацию, включая номер социального страхования, основаны на полномочиях Управления проводить расследования согласно Закону о компенсациях работникам (WCL) § 20 и административных полномочиях согласно WCL § 142. Данная информация собирается для содействия Управлению в наиболее оперативном расследовании, администрировании и регистрации заявлений. Предоставление вашего номера социального страхования сотрудникам Управления не является обязательным. Штраф за непредоставление вашего номера социального страхования в данном бланке не предусмотрен; это не приведет к отказу по вашему заявлению или сокращению выплат. Управление будет защищать конфиденциальность всей личной информации, которая находится у нее в распоряжении, и будет раскрывать ее исключительно при исполнении своих официальных обязанностей и в соответствии с региональным и федеральным законодательством.