



НОМЕР ДЕЛА WCB _____

НОМЕР ДЕЛА СТРАХОВЩИКА _____

НОМЕР СОЦ. СТРАХ. ЗАЯВИТЕЛЯ _____

ОТМЕТЬТЕ ОДИН ПУНКТ:

| | |
|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | КОМПЕНСАЦИЯ РАБОТНИКАМ |
| <input type="checkbox"/> | ДОБРОВОЛЬНЫЕ ПОЖАРНЫЕ |
| <input type="checkbox"/> | ДОБРОВОЛЬНЫЕ РАБОТНИКИ СКОРОЙ ПОМОЩИ |

ЗАЯВКА НА КОМПЕНСАЦИЮ И УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ИСКЕ ПРОТИВ ТРЕТЬЕЙ СТОРОНЫ (Это уведомление должно быть направлено председателю Совета по компенсациям работникам, работодателю и страховщику работодателя в течение 30 дней после возбуждения иска.)

1. Имя и фамилия пострадавшего или умершего _____

2. Адрес _____
(Улица и номер дома) (Город) (Штат) (Почтовый индекс)

3. Наименование работодателя* _____

* В случае дел о пособиях добровольным пожарным или добровольным работникам скорой помощи «РАБОТОДАТЕЛЕМ» считается ответственное административное подразделение (или независимая служба скорой помощи, как определено в разделе 30 VFBL или в разделе 30 VAWBL).

4. Адрес _____
(Улица и номер дома) (Город) (Штат) (Почтовый индекс)

5. Страховщик работодателя _____

6. Адрес _____
(Улица и номер дома) (Город) (Штат) (Почтовый индекс)

7. Дата несчастного случая _____ 8. Место несчастного случая _____

9. Причина несчастного случая _____

10. Характер травмы _____

11. Имя и фамилия лечащего врача или название больницы _____ 12. Адрес _____

13. Иск подан _____ в _____ суд округа _____
(Месяц, день и год) _____
, штат _____, против _____
(Наименование третьей стороны)

14. Имя и фамилия моего адвоката _____ Тел. _____

15. Адрес _____

Я (мы), нижеподписавшийся (нижеподписавшиеся), настоящим уведомляю (уведомляем) о том, что был возбужден иск против третьей стороны (третьих сторон), и настоящим подаю (подаем) заявку на все льготы, полагающиеся мне (нам) согласно Закону о компенсациях работникам. Данное уведомление предоставлено в соответствии с положениями раздела 29 Закона о компенсациях работникам с учетом поправок (раздел 20 VFBL и раздел 20 VAWBL).

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/СТРАХОВЩИКУ ИЛИ САМОЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ/САМОЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ, СЧИТАЕТСЯ ВИНОВНЫМ В ПРЕСТУПЛЕНИИ, ЗА СОВЕРШЕНИЕ КОТОРОГО ПРЕДУСМОТРЕНЫ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ШТРАФЫ И ТЮРЕМНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Дата _____ Подпись заявителя _____ Номер тел. _____

ЕСЛИ ПОДАЕТСЯ ЗАЯВКА НА ПОСОБИЯ В СВЯЗИ СО СМЕРТЬЮ, ИЖДИВЕНЦЫ ДОЛЖНЫ ЗАПОЛНИТЬ ЭТУ СТОРОНУ И ОБОРОТНУЮ СТОРОНУ ДАННОЙ ФОРМЫ. ИНФОРМАЦИЮ ДЛЯ ЗАЯВИТЕЛЯ СМ. НА ОБОРОТНОЙ СТОРОНЕ.

В СЛУЧАЕ ДЕЛА СО СМЕРТЕЛЬНЫМ ИСХОДОМ ЗАПОЛНИТЕ СЛЕДУЮЩЕЕ

1. Дата смерти _____ 2. Причина смерти _____

3. Имя и фамилия лечащего врача или название больницы _____ 4. Адрес _____

(Все иждивенцы, желающие подать иск против третьей стороны, должны поставить подпись ниже):

| (Имя и фамилия) | (Адрес) | (Дата рождения) | (Степень родства с умершим) |
|-----------------|---------|-----------------|-----------------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ЗАЯВИТЕЛЯ

Если работник в ходе осуществления трудовой деятельности получил травму или умер вследствие небрежности или вины любого другого лица, не являющегося его коллегой (или сотрудником страховщика или профсоюза работодателя), он или его законные иждивенцы могут принять компенсационные пособия и также подать иск против этого другого лица, по вине которого получена травма или наступила смерть. Такое другое лицо именуется «ТРЕТЬЕЙ СТОРОНОЙ», а любой судебный иск или иное юридическое действие против него именуется «ИСКОМ ПРОТИВ ТРЕТЬЕЙ СТОРОНЫ».

Такой иск против третьей стороны должен быть возбужден в течение шести месяцев после назначения компенсации, но не позднее одного года после даты несчастного случая (исключения указаны в разделе «ПЕРЕУСТУПКА ПРАВА» ниже). Работодатель (или его страховщик) получает право удержания средств из чистой суммы, фактически взысканной заявителем с третьей стороны, в объеме, соответствующем выплаченной компенсации и оплате понесенных медицинских расходов.

В ТЕЧЕНИЕ ТРИДЦАТИ ДНЕЙ ПОСЛЕ ВОЗБУЖДЕНИЯ ИСКА ПРОТИВ ТРЕТЬЕЙ СТОРОНЫ КОПИЯ ДАННОЙ ФОРМЫ, ЗАПОЛНЕННАЯ И ПОДПИСАННАЯ ВАМИ, ДОЛЖНА БЫТЬ ВРУЧЕНА ВСЕМ НИЖЕСЛЕДУЮЩИМ ЛИЦАМ:

1. ПРЕДСЕДАТЕЛЮ СОВЕТА ПО КОМПЕНСАЦИЯМ РАБОТНИКАМ.
2. РАБОТОДАТЕЛЮ.
3. СТРАХОВЩИКУ РАБОТОДАТЕЛЯ (ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ).

ПЕРЕУСТУПКА ПРАВА

Если заявитель не возбудит иск и работодатель или страховщик вручит заявителю письменное уведомление, лично или заказной почтой, не позднее чем за 30 дней до окончания годового срока, право заявителя на Иск против третьей стороны переходит к работодателю, ЕСЛИ ТОЛЬКО заявитель не подаст Иск против третьей стороны до конца года.

Если работодатель не вручит письменное уведомление, срок, когда заявитель может возбудить иск, продлевается сверх годового ограничения и до истечения 30 дней после отправки работодателем или страховщиком письменного уведомления, информирующего заявителя о том, что вступит в действие переуступка права, если заявитель не возбудит Иск против третьей стороны в течение 30 дней с даты уведомления.

Если работодатель или страховщик, в качестве получателя права, получит с Третьей стороны, по решению суда или иным образом, сумму, размер которой превышает:

- 1) компенсационную выплату и
- 2) расходы на медицинское лечение, оплаченные страховщиком, и
- 3) необходимые и разумно достаточные расходы на взыскание суммы, то две трети такого превышения суммы должны быть незамедлительно выплачены заявителю (или его иждивенцам).

Заявителю, выполнившему требования законодательства, гарантируется получение суммы, равной полному размеру компенсации работнику, даже после возбуждения иска против третьей стороны. Если сумма, взысканная и фактически полученная заявителем, меньше суммы, которую заявитель (или его иждивенцы) получил бы в качестве компенсационной выплаты, работодатель или страховщик обязан выплатить разницу между суммой, фактически полученной заявителем (или его иждивенцами), и компенсацией работнику, на которую он имеет право.

ВНИМАНИЕ! УРЕГУЛИРОВАНИЕ ИСКА ПРОТИВ ТРЕТЬЕЙ СТОРОНЫ ЗАЯВИТЕЛЕМ (ИЛИ ИЖДИВЕНЦАМИ)

Чтобы сохранить право на получение выплаты разницы компенсации, заявитель (или его иждивенцы) не имеет права урегулировать иск против третьей стороны, за исключением случаев, когда:

- 1) он предварительно получил письменное одобрение работодателя или страховщика или
- 2) заявка урегулирована в соответствии с распоряжением о мировом соглашении, выданном судом, в котором рассматривается Иск против третьей стороны.

(Источник: Закон о компенсациях работникам, раздел 29, с поправками от 1 сентября 1967 года и разд. 20, VFBL и разд. 20, VAWBL).

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 от 1974 года (5 USC раздел 552a).

Полномочия Совета по компенсациям работникам (далее «Совета») запрашивать персональные данные у заявителей определены в разделах 20 и 142 Закона о компенсациях работникам. Данная информация собирается для того, чтобы облегчить Совету эффективную обработку заявок и точное ведение записей о заявках.

Совет надежно обеспечивает защиту конфиденциальности всей персональной информации, которую он собирает. Такая информация раскрывается в пределах ведомства только персоналу и агентам Совета для обеспечения выполнения их служебных обязанностей. Персональная информация раскрывается вне пределов ведомства только в соответствии с действующим штатным и федеральным законодательством.

Основным ответственным за ведение записей ведомства, содержащих персональную информацию заявителей, является директор по операциям (Director of Operations) Совета, находящийся по адресу: 328 State Street, Schenectady, NY 12305, тел. (877-632-4996).

Непредоставление информации, запрашиваемой в этой форме, не влечет за собой отклонение вашей заявки, но может замедлить ее обработку. Добровольное предоставление вашего номера социального страхования позволяет Совету привязать эту информацию к вашей заявке и быстро предпринимать действия в связи с вашей заявкой.

УВЕДОМЛЕНИЕ СОГЛАСНО ЗАКОНУ НЙРПАА — Для рассмотрения заявки на компенсацию работникам поставщика медицинских услуг обязаны согласно WCL 13-a(4)(a) и 12 NYCRR 325-1.3 регулярно предоставлять медицинские записи о лечении Совету и работодателю или страховщику. Согласно 45 CFR 164.512 на такие требуемые законом медицинские отчеты не распространяются содержащиеся в Законе НЙРПАА ограничения на раскрытие медицинской информации.

IF YOU HAVE QUESTIONS OR NEED ADVICE ABOUT YOUR CLAIM, YOU MAY CALL OR VISIT THE NEAREST OFFICE OF THE WORKERS' COMPENSATION BOARD.

ЕСЛИ ВЫ ХОТИТЕ ЗАДАТЬ ВОПРОСЫ ИЛИ ПОЛУЧИТЬ СОВЕТ ОТНОСИТЕЛЬНО ВАШЕЙ ЗАЯВКИ, ВЫ МОЖЕТЕ ПОЗВОНИТЬ ИЛИ ЗАЙТИ В БЛИЖАЙШИЙ ОФИС СОВЕТА ПО КОМПЕНСАЦИЯМ РАБОТНИКАМ.