УВЕДОМЛЕНИЕ И ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОСОБИЯ ПО ИНВАЛИДНОСТИ

ЗАЯВИТЕЛЬ: ПРОЧТИТЕ ВНИМАТЕЛЬНО СЛЕДУЮЩИЕ ИНСТРУКЦИИ.

1. ИСПОЛЬЗУЙТЕ ДАННЫЙ БЛАНК В СЛУЧАЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ ПОЛУЧЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ **В ПЕРИОД ТРУДОУСТРОЙСТВА** ИЛИ В СЛУЧАЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ ПОЛУЧЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ **В ТЕЧЕНИЕ 4 (ЧЕТЫРЕХ) НЕДЕЛЬ ПОСЛЕ УВОЛЬНЕНИЯ**. ИСПОЛЬЗУЙТЕ БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ **DB-300**, В СЛУЧАЕ ЕСЛИ **ВЫ ЗАБОЛЕЛИ ИЛИ ПОЛУЧИЛИ ИНВАЛИДНОСТЬ БОЛЕЕ ЧЕМ ЧЕРЕЗ 4 (ЧЕТЫРЕ) НЕДЕЛИ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ПЕРИОДА ТРУДОУСТРОЙСТВА**.
2. ВЫ ДОЛЖНЫ ЗАПОЛНИТЬ ВСЕ ПУНКТЫ ЧАСТИ А - **«ДЕКЛАРАЦИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ»**. СОБЛЮДАЙТЕ ТОЧНОСТЬ. ПРОВЕРЬТЕ ВСЕ ДАТЫ.
3. НА ЗАЯВЛЕНИИ НЕОБХОДИМО ПРОСТАВИТЬ ДАТУ И ПОДПИСЬ (СМ. ПУНКТ 12). В СЛУЧАЕ ЕСЛИ ВЫ НЕ МОЖЕТЕ ПОДПИСАТЬ ДАННЫЙ БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ, ВАШ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ МОЖЕТ ПОДПИСАТЬ ЕГО ОТ ВАШЕГО ИМЕНИ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ ПОД ПОДПИСЬЮ НЕОБХОДИМО УКАЗАТЬ ИМЯ, АДРЕС И СТЕПЕНЬ РОДСТВА ПРЕДСТАВИТЕЛЯ.
4. **НЕ ОТПРАВЛЯЙТЕ ДАННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ ДО ЗАПОЛНЕНИЯ И ПОДПИСАНИЯ ВАШИМ ПОСТАВЩИКОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ЧАСТИ В - «ДЕКЛАРАЦИЯ ПОСТАВЩИКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ».**
5. ЗАПОЛНЕННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ ДОЛЖНО БЫТЬ ОТПРАВЛЕНО ПО ПОЧТЕ **В ТЕЧЕНИЕ 30 (ТРИДЦАТИ) ДНЕЙ ПОСЛЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ ПОЛУЧЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ВАШЕМУ ПОСЛЕДНЕМУ РАБОТОДАТЕЛЮ ИЛИ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ ВАШЕГО ПОСЛЕДНЕГО РАБОТОДАТЕЛЯ.**
6. СОХРАНИТЕ У СЕБЯ КОПИЮ ЗАПОЛНЕННОГО БЛАНКА ПЕРЕД ОТПРАВКОЙ.

ЧАСТЬ А. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ (Заполните печатными буквами) ОТВЕТЬТЕ НА ВСЕ ВОПРОСЫ.

Номер социального обеспечения ☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

1. Мое имя ..... (Имя / Второе имя / Фамилия)
2. Адрес ..... (Номер дома / Улица / Город / Штат / Почтовый индекс / № квартиры)
3. Тел. ..... 4. Дата рождения ..... 5. Состою в браке (отметьте один вариант) ❑ Да ❑ Нет
6. Моя инвалидность (в случае травмы также укажите, как, когда и где это произошло) .....
   .....
7. Я получил(-а) инвалидность ..... (Месяц / День / Год) a. В этот день я работал(-а) ❑ Да ❑ Нет
   b. С момента получения инвалидности я работал(-а), получая зарплату или доход. ❑ Да ❑ Нет
   Если да, укажите даты. .....
8. Укажите последнего работодателя. В случае если за последние 8 (восемь) месяцев вы работали у нескольких работодателей, укажите всех работодателей.

РАБОТОДАТЕЛИ			ДАТЫ ТРУДОУСТРОЙСТВА		СРЕДНЯЯ НЕДЕЛЬНАЯ ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА (включает премии, чаевые, комиссионное вознаграждение, реальную стоимость питания, аренды и т. д.)
			С	ПО	
НАИМЕНОВАНИЕ КОМПАНИИ	АДРЕС КОМПАНИИ	ТЕЛЕФОН	Мес. День Год	Мес. День Год	

9. Моя работа заключается или заключалась в следующем: ..... (Род занятий)
   .....
   Если вы являетесь членом профсоюза, укажите профсоюз и номер местного отделения
10. В период инвалидности, в отношении которой подается настоящее заявление:
    a. Вы получаете жалование, заработную плату или выходное пособие: ..... ❑ Да ❑ Нет
    b. Вы получаете или претендуете на:
       (1) Компенсацию работникам, выплачиваемую в случае инвалидности, полученной на рабочем месте .... ❑ Да ❑ Нет
       (2) Пособие по безработице ..... ❑ Да ❑ Нет
       (3) Возмещение убытков за причинение личного вреда ..... ❑ Да ❑ Нет
       (4) Пособие по Федеральному закону о социальном обеспечении (Federal Social Security Act) в связи с долгосрочной потерей трудоспособности ..... ❑ Да ❑ Нет

    ЕСЛИ ВЫ ОТМЕТИЛИ ОТВЕТ «ДА» В ЛЮБОМ ИЗ ПУНКТОВ 10a ИЛИ 10b, ЗАПОЛНИТЕ СЛЕДУЮЩИЙ ПУНКТ:
    Я ❑ получил(-а) ❑ подал(-а) заявление на получение от ..... (Дата) в период с ..... (Дата) по .....
11. Я получал(-а) пособия по инвалидности за иной период или иные периоды инвалидности в течение 52 недель непосредственно перед получением настоящей инвалидности ..... ❑ Да ❑ Нет
    Если да, заполните следующий пункт: Я получал(-а) выплаты от ..... (Дата) с ..... (Дата) по .....
12. Я прочитал(-а) указанные выше инструкции. Настоящим я подаю заявление на получение пособия по инвалидности и подтверждаю, что в период, указанный в настоящем заявлении, я являлся(-лась) инвалидом, и подтверждаю, что, насколько мне известно, все приведенные выше заявления, включая любые прилагаемые заявления, являются достоверными и полными.

ЛЮБОЕ ЛИЦО, КОТОРОЕ, ИМЕЯ ЦЕЛЬЮ ЗАВЕДОМЫЙ И НАМЕРЕННЫЙ ОБМАН, ПРЕДСТАВЛЯЕТ, ОБЕСПЕЧИВАЕТ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ИЛИ ПОДГОТАВЛИВАЕТ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ЛЮБОЙ ИНФОРМАЦИИ, СОДЕРЖАЩЕЙ ЛЮБОЕ ЛОЖНОЕ СУЩЕСТВЕННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ, ПОНИМАЯ, ЧТО ТАКОВАЯ БУДЕТ ПРЕДСТАВЛЕНА СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ ИЛИ САМОЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ ИЛИ СТРАХОВОЙ КОМПАНИЕЙ ИЛИ САМОЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ, ИЛИ СКРЫВАЕТ ЛЮБОЙ СУЩЕСТВЕННЫЙ ФАКТ, ЯВЛЯЕТСЯ ВИНОВНЫМ В СОВЕРШЕНИИ ПРЕСТУПЛЕНИЯ И ПОДЛЕЖИТ НАКАЗАНИЮ В ВИДЕ КРУПНОГО ШТРАФА ИЛИ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ.

Заявление подписано ..... (Дата / Подпись заявителя)

Если заявление подписано иным лицом, ниже печатными буквами укажите имя, адрес представителя и степень его родства с заявителем.
.....

Раскрытие информации. Комиссия не вправе раскрывать какую-либо информацию о вашем деле какому-либо неуполномоченному лицу без вашего согласия. В случае если вы принимаете решение о раскрытии такой информации неуполномоченному лицу, вы должны предоставить Комиссии оригинал подписанного бланка по форме ОС-110А «Разрешение заявителя на раскрытие информации в отношении документов по компенсации работникам» или оригинал подписанного и заверенного нотариусом письма с разрешением. Для получения бланка по форме ОС-110А почтой вы можете позвонить в местный офис Комиссии по компенсации работникам, вы также можете скачать форму с нашего веб-сайта: www.wcb.ny.gov. Форма доступна в разделе «Стандартные формы онлайн» (Common Forms Online). Отправьте заполненный бланк или письмо с разрешением на адрес, указанный ниже.

В СЛУЧАЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВОПРОСОВ О ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОСОБИЙ ПО ИНВАЛИДНОСТИ ВЫ МОЖЕТЕ ОБРАТИТЬСЯ В БЛИЖАЙШИЙ ОФИС КОМИССИИ ПО КОМПЕНСАЦИИ РАБОТНИКАМ ИЛИ НАПИСАТЬ ПО УКАЗАННОМУ АДРЕСУ: WORKERS' COMPENSATION BOARD, DISABILITY BENEFITS BUREAU, 100 BROADWAY-MENANDS, ALBANY, NY 12241-0005	SI TIENE DUDAS RELACIONADAS CON LA RECLAMACION DE BENEFICIOS POR INCAPACIDAD, COMUNIQUESE CON LA OFICINA MAS CERCANA DE LA JUNTA DE COMPENSACION OBRERA DE NUEVA YORK, O ESCRIBA A: WORKER'S COMPENSATION BOARD, DISABILITY BENEFITS BUREAU, 100 BROADWAY-MENANDS, ALBANY, NY 12241-0005

УВЕДОМЛЕНИЕ И ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОСОБИЯ ПО ИНВАЛИДНОСТИ

ВНИМАНИЕ! ИСПОЛЬЗУЙТЕ ДАННЫЙ БЛАНК В СЛУЧАЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ЗАЯВИТЕЛЯ **В ПЕРИОД ТРУДОУСТРОЙСТВА ИЛИ** В СЛУЧАЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ **В ТЕЧЕНИЕ 4 (ЧЕТЫРЕХ) НЕДЕЛЬ ПОСЛЕ УВОЛЬНЕНИЯ**. В ИНОМ СЛУЧАЕ ИСПОЛЬЗУЙТЕ БЛАНК ПО ФОРМЕ DB-300.

ЧАСТЬ B. ДЕКЛАРАЦИЯ ПОСТАВЩИКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (Заполняйте печатными буквами)

НЕОБХОДИМО ЗАПОЛНИТЬ ВСЕ ПУНКТЫ ДЕКЛАРАЦИИ ПОСТАВЩИКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И НАПРАВИТЬ БЛАНК КОМПАНИИ-СТРАХОВЩИКУ ИЛИ САМОЗАСТРАХОВАННОМУ РАБОТОДАТЕЛЮ ИЛИ ВЕРНУТЬ ЗАЯВИТЕЛЮ В ТЕЧЕНИЕ СЕМИ ДНЕЙ С МОМЕНТА ПОЛУЧЕНИЯ БЛАНКА. В пункте 7d необходимо указать приблизительную дату. Укажите информацию по вашей оценке. В случае если инвалидность получена вследствие беременности или в связи с беременностью, укажите предполагаемую дату родов в поле «Комментарии».

1. Имя заявителя ..... 2. Дата рождения ..... 3. Пол ❑ Мужской ❑ Женский
4. Диагноз/анализ ..... Код диагноза .....
   a. Симптомы заявителя .....
   .....
   .....
   b. Объективные данные .....
   .....
5. Был ли заявитель госпитализирован? ❑ Да ❑ Нет с ..... по .....
6. Наличие показаний к операции? ❑ Да ❑ Нет a. Вид ..... b. Дата .....
7. Укажите следующие даты:
   a. Дата первого лечения в связи с инвалидностью .....
   b. Дата последнего лечения в связи с инвалидностью .....
   c. Дата, с которой заявитель утратил трудоспособность в результате инвалидности
   d. Дата, с которой заявитель сможет выполнять обычную работу .....
   (Укажите дату даже при возникновении сомнений. Не используйте такие термины, как «неизвестно», «не определено».)

Месяц	День	Год

8. По вашему мнению, является ли данная инвалидность результатом травмы, обусловленной и полученной в процессе трудовой деятельности или в результате профессионального заболевания? ❑ Да ❑ Нет
   Если да, подан ли бланк по форме C-4 в Комиссию по компенсациям работников? ❑ Да ❑ Нет
   Комментарии (приложите дополнительные страницы в случае необходимости) .....
   (В случае если инвалидность связана с беременностью, укажите предполагаемую дату родов)

Я подтверждаю, что я				Лицензия в штате	Номер лицензии
	❑ Хиропрактик	❑ Врач	❑ Психолог		
	❑ Стоматолог	❑ Ортопед	❑ Медсестра-акушерка		

ЛЮБОЕ ЛИЦО, КОТОРОЕ, ИМЕЯ ЦЕЛЬЮ ЗАВЕДОМЫЙ И НАМЕРЕННЫЙ ОБМАН, ПРЕДСТАВЛЯЕТ, ОБЕСПЕЧИВАЕТ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ИЛИ ПОДГОТАВЛИВАЕТ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ЛЮБОЙ ИНФОРМАЦИИ, СОДЕРЖАЩЕЙ ЛЮБОЕ ЛОЖНОЕ СУЩЕСТВЕННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ, ПОНИМАЯ, ЧТО ТАКОВАЯ БУДЕТ ПРЕДСТАВЛЕНА СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ ИЛИ САМОЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ ИЛИ СТРАХОВОЙ КОМПАНИЕЙ ИЛИ САМОЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ, ИЛИ СКРЫВАЕТ ЛЮБОЙ СУЩЕСТВЕННЫЙ ФАКТ, ЯВЛЯЕТСЯ ВИНОВНЫМ В СОВЕРШЕНИИ ПРЕСТУПЛЕНИЯ И ПОДЛЕЖИТ НАКАЗАНИЮ В ВИДЕ КРУПНОГО ШТРАФА ИЛИ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ.

Подпись поставщика медицинских услуг ..... Дата .....
Наименование поставщика медицинских услуг (указать печатными буквами) ..... Телефон .....

Адрес офиса .....
Номер дома Улица Город

.....
Штат Почтовый индекс

УВЕДОМЛЕНИЕ О СООТВЕТСТВИИ HIPAA. В целях обеспечения рассмотрения заявления работника на получение компенсации в соответствии с WCL13-a(4)(a) и 12 NYCRR 325-1.3 поставщики медицинских услуг обязаны регулярно предоставлять медицинские отчеты о лечении Комиссии и страховщикам или работодателю. В соответствии с 45 CFR 164.512 эти медицинские отчеты, предусмотренные законодательными требованиями, исключены из сферы действия ограничений HIPAA в отношении раскрытия информации о состоянии здоровья пациентов.

КОМИССИЯ ПО КОМПЕНСАЦИИ РАБОТНИКАМ ГАРАНТИРУЕТ ОТСУТСТВИЕ ДИСКРИМИНАЦИИ ПРИ ПРИЕМЕ НА РАБОТУ И ОБСЛУЖИВАНИИ ИНВАЛИДОВ.