



שטאַט פֿון ניו יאָרק - NYS אַרבעטער פֿאַרגײַטיקונג באַרד

WCB פֿאַל נומער (אויב דו קענסט עס):

צו קליימאַנט: אויב דו האָסט באַקומען באַהאַנדלונג פֿאַר אַ פֿרײַערדיקן הפֿסד אויף דעם זעלבן קערפער טייל אָדער פֿאַר אַ קראַנקײט ענלעך אַז די באַשרײַבט אין דײַן גײַיק קלײַם, אָנפֿילן די פֿאַרמע: די פֿאַרמע דערלױבט די געזונטערהײט אָפּהײַטונג צושטעלער אין די פֿאַלגנדיקע רשײַמה צו באַפֿרײַען געזונטערהײט אָפּהײַטונג אינפֿארמאַציע וועגן דײַן פֿרײַערדיקער הפֿסד/קראַנקײט צו דײַנער אַרבעטגעבער אַרבעטער פֿאַרגײַטיקונג פֿאַרזיכערער. די פֿעדעראַל HIPAA געזעץ (געזונטערהײט פֿאַרזיכערונג פֿאַרטאַביליטי און פֿאַראַנטוואָרלעכקײט אַקט פֿון 1996) זאָג אַז דו האָסט דעם רעכט צו באַקומען אַ קאָפּיע פֿון די פֿאַרמע. אויב דו פֿאַרשטײסט ניט די פֿאַרמע, רעד מיט דײַן געזעצלעך רעפּרעזענטאַנט. אויב דו האָסט ניט אַ געזעצלעך רעפּרעזענטאַנט, דעם אַדוואָקאַט פֿאַר הפֿסדיקע אַרבעטער אין דעם אַרבעטער פֿאַרגײַטיקונג באַרד קען דיר העלפֿן. אָנקלײַנגט: 800-580-6665.

צו געזונטערהײט אָפּהײַטונג צושטעלער: אַ קאָפּיע פֿון די HIPAA-compliant באַפֿרײַונג דערלױבט אײַך צו אַנטפּלעקן געזונטערהײט אינפֿארמאַציע. אויב דו שיקסט רעקאָרדס צו דעם אַרבעטגעבער אַרבעטער פֿאַרגײַטיקונג פֿאַרזיכערער אַז אַן ענטפֿער צו דעם באַפֿרײַונג, שיק אײַך פֿאַסט קאָפּיעס צו דעם קליימאַנט געזעצלעך רעפּרעזענטאַנט. (אויב עס איז ניט דאָ קײַן געזעצלעך רעפּרעזענטאַנט אין די ווײַטערדיקע רשײַמה, שיק קאָפּיעס צום קליימאַנט). געזונטערהײט אָפּהײַטונג צושטעלער וואָס באַפֿרײַען רעקאָרדס דאַרפֿן פֿאַלגן ניו יאָרק שטאַט געזעץ און HIPAA.

- די פֿאַרמע דערלױבט ניט אײַער געזונטערהײט אָפּהײַטונג צושטעלער צו באַפֿרײַען די פֿאַלגנדיקע מין אינפֿארמאַציע:
- HIV-באַצויגן אינפֿארמאַציע
 - פּסיקאַטעראַפּיע באַמערקונגען
 - אַלקאָהאָל/רפּואה באַהאַנדלונג
 - גײַסטיק געזונטערהײט באַהאַנדלונג (סיידן איר טשעקן אונטן)
 - מינדלעך אינפֿארמאַציע (אײַער געזונטערהײט אָפּהײַטונג צושטעלער מעגן ניט דיסקוטירן אײַער געזונטערהײט אָפּהײַטונג אינפֿארמאַציע מיט קײַנער)

- דעם באַפֿרײַונג איז:
- פֿרײַויליק. אײַער געזונטערהײט אָפּהײַטונג צושטעלער(ס) דאַרפֿן דיר געבן דעם זעלבן אָפּהײַטונג, צאלונג טערמינען און בענעפּיטס, צי איר אונטערשרײַבן אָדער ניט אונטערשרײַבן די פֿאַרמע.
 - באַגרענעצט. עס געב אײַער געזונטערהײט אָפּהײַטונג צושטעלער דערלױבעניש צו באַפֿרײַען בלױז יענע געזונטערהײט רעקאָרדס וואָס זײַנען באַצויגן צו דעם פֿרײַערדיקער קראַנקײט/צושטאַנד איר באַשרײַבן אונטן.
 - דערווײַליקע עס ענדיקט ווען אײַער גײַיק קלײַם פֿאַר פֿאַרגײַטיקונג ווערט פֿעסטיקט אָדער אומדערלױבט און אַלע אָפּעלירן זײַנען אויסגעמאַטערט.
 - באַטלעך. איר קענען שטענדיק באַטל מאַכן דעם באַפֿרײַונג. כּדי צו באַטל מאַכן, שיקן אַ ברײַוו צו דעם געזונטערהײט אָפּהײַטונג צושטעלער אין די רשײַמה פֿון די פֿאַרמע. אויך, שיק אַ קאָפּיע פֿון אײַער ברײַוו צו אײַער אַרבעטגעבער אַרבעטער פֿאַרגײַטיקונג פֿאַרזיכערער און דעם אַרבעטער פֿאַרגײַטיקונג באַרד. באַמערקונג: איר מעג ניט באַטל מאַכן דעם באַפֿרײַונג וועגן מעדיקאַל רעקאָרדס שױן צוגעשטעלט.
 - בלױז פֿאַר רעקאָרדס. עס געב אײַער געזונטערהײט אָפּהײַטונג צושטעלער אין די רשײַמה פֿון די פֿאַרמע דערלױבעניש צו שיקן קאָפּיעס פֿון אײַערע געזונטערהײט אָפּהײַטונג רעקאָרדס צו אײַער אַרבעטגעבער אַרבעטער פֿאַרגײַטיקונג פֿאַרזיכערער.

קײַן מעדיקאַל רעקאָרדס באַפֿרײַען וועלן ווערן אַ טייל פֿון אײַער אַרבעטער פֿאַרגײַטיקונג פֿיל און זײַנען קאָנפּידענציעל לױט די אַרבעטער פֿאַרגײַטיקונג געזעץ.

A. דײַן אינפֿארמאַציע (קליימאַנט)

1. נאָמען: _____

2. סאָשאַל סעקורײַטי נומער: _____ - _____ - _____

3. פֿאַסט אַדרעס: _____

4. געבורט דאַטע: _____ / _____ / _____ 5. דאַטע פֿון איצטיקער הפֿסד/קראַנקײט: _____ / _____ / _____

6. איצטיקער הפֿסד/קראַנקײט, אַרײַנגענומען אַלע קערפער טיילן געשעדיקט: _____

7. אײַער געזעצלעך רעפּרעזענטאַנט נאָמען און אַדרעס (אויב עס איז דאָ): _____

טשעק דאָ אויב איר דערלױבט אײַער געזונטערהײט אָפּהײַטונג צושטעלער צו באַפֿרײַען גײַסטיק געזונטערהײט אָפּהײַטונג אינפֿארמאַציע.

B. אײַער געזונטערהײט אָפּהײַטונג צושטעלער. (מאָך אַ רשײַמה פֿון אַלע געזונטערהײט אָפּהײַטונג צושטעלער וואָס האָבן אײַך באַהאַנדלט פֿאַר אַ פֿרײַערדיקער הפֿסד צו די זעלבע קערפער טייל אָדער ענלעך קראַנקײט. אויב מער ווי 2 צושטעלער צופֿעסטיקט זײַן קאָנטאַקט אינפֿארמאַציע צו די פֿאַרמע).

1. צושטעלער: _____ 2. טעלעפֿאָן נומער: _____ ()

3. פֿאַסט אַדרעס: _____

4. אַנדערער צושטעלער (אויב עס איז דאָ) _____ 5. טעלעפֿאָן נומער: _____ ()

6. פֿאַסט אַדרעס: _____

C. לײַענען און אונטערשרײַבן אונטן. אײַך בעט אַז די געזונטערהײט אָפּהײַטונג צושטעלער פֿאַרשרײַבן אויבן צו געבן מײַן אַרבעטגעבער אַרבעטער פֿאַרגײַטיקונג פֿאַרזיכערער קאָפּיעס פֿון אַלע געזונטערהײט אָפּהײַטונג רעקאָרדס באַצויגן צו קײַן פֿרײַערדיקער הפֿסד/קראַנקײט, צו אַלע קערפער טיילן, באַשרײַבט אויבן.

קליימאַנט אונטערשרײַפט (בלױז טײַט -- נוצן בלוי באַלפּוינט פֿעדער, אויב מעגלעך) _____ דאַטע

אויב דעם קליימאַנט קענט ניט אונטערשרײַבן, דעם פּערזאָן וואָס אונטערשרײַבט פֿאַר ער/זי דאַרפֿן אָנפֿילן און אונטערשרײַבן אונטן: _____

אײַער נאָמען _____ באַצײַונג מיטן קליימאַנט _____ אונטערשרײַפט(בלױז טײַט -- נוצן בלוי באַלפּוינט פֿעדער, אויב מעגלעך) _____ דאַטע