



אָנפֿילן די פֿאָרמע ניין צוויליגן פֿאַר אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג בענעפֿיטס צוליב אַן אַרבעט הפֿסד אָדער אַרבעטן-פֿאַרבונדן קראַנקייט. טיפּ אָדער שרייב סדרדיק. די פֿאָרמע מעג אויך זײַן אָנגעפֿילט אַנליין אויף www.wcb.ny.gov.

WCB פֿאַל נומער (אויב איר קענען עס):
A. דיין אינפֿאָרמאַציע (אַרבעטער)

- נאָמען: _____ ערשטן MI משפּחה 2. געבורט דאַטע: ____ / ____ / ____
- פּאָסט אַדרעס: _____ נומער און גאַס/PO דירעקטאָר נומער שטאַט שטאַט זיפּ קאָדע
- סאַשאַל סעקורייטי נומער: _____ - _____ - _____ 5. טעלעפֿאָן נומער: _____ () 6. דזשענדער: זכר נקבה
- איר וועט דאַרפֿן אַ טייטשער אויב איר דאַרפֿן זײַן אין אַ באַרד פֿאַרהער? יאָ ניין אויב יאָ, פֿאַר וועלכע שפּראַך? _____

B. דינע אַרבעטגעבער(ס)

- אַרבעטגעבער ווען געשעדיקט: _____ 2. טעלעפֿאָן נומער: _____ ()
- דיין אַרבעט אַדרעס: _____ נומער און גאַס שטאַט שטאַט זיפּ קאָדע
- דאַטע ווען דו האָסט אָנגעהויבן: ____ / ____ / ____ 5. דיין אויפֿזעער נאָמען: _____
- רשימה פֿון נעמען/אַדרעסעס פֿון קיין אַנדערע אַרבעטגעבער(ס) אין צייט פֿון אַייער הפֿסד/קראַנקייט: _____

- דו האָסט פֿאַרלוירן צייט פֿון אַרבעט אין די אַנדערע אַרבעטן אַז אַ רעזולטאַט פֿון דיין הפֿסד/קראַנקייט? יאָ ניין

C. דיין אַרבעט אין די דאַטע פֿון הפֿסד אָדער קראַנקייט

- וואָס איז געווען דיין אַרבעט נאָמען אָדער באַשרייבונג? _____
- וועלכע מין אַקטיוויטעטן האָסט דו נאָרמאַל דורכגעפֿירט אין אַרבעט? _____
- דיין אַרבעט איז געווען (טשעק איינע) ל צייט האַלבע צייט צייטיק וואָלונטיר אַנדערער: _____
- וויפֿל איז געווען דיין גראַס צאָלונג (איידער שטייערן) פֿער צאָלונג פֿעריאָד? _____ 5. ווי אַפֿט מען האָט דיר באַצאָלט? _____
- דו האָסט באַקומען לאַדגינג אָדער בירגעלט אין דערצו אין דערצו דיין צאָלונג? יאָ ניין אויב יאָ, באַשרייב: _____

D. דיין הפֿסד אָדער קראַנקייט

- דאַטע פֿון הפֿסד אָדער דאַטע פֿון אָנהייבן פֿון קראַנקייט: ____ / ____ / ____ 2. צייט פֿון הפֿסד: _____ פֿ"מ נ"מ
- אָווו האָט דעם הפֿסד/קראַנקייט געשען? (צ.ב., Main Street, Pottersville 1, אין פֿראַנט טיר) _____
- דאָס איז געווען דיין געוויינטלעך אַרבעטן באַגעגענונג? יאָ ניין אויב ניט, פֿאַרוואָס ביסטו געווען דאָרטן? _____
- וואָס האָסטו געטאָן ווען דעם הפֿסד אָדער געוואָרן קראַנק? (צ.ב., אויסלאָדן אַ משאַ-אויטאַ, טיפּינג אַ רעפֿאַרט), _____
- ווי האָט דעם הפֿסד/קראַנקייט געשען? (צ.ב., איך האָב געשטרויכלט אויף אַ רער און געפֿאַלן אין פֿאַדלאַגע) _____

- דערקלערט אין גאַנצן די נאָטור פֿון דיין הפֿסד/קראַנקייט; שרייב אַלע טיילן באַשעדיקט (צ.ב., געדרייט לינק קנעכל און שניט צום שטערן) _____



D. דין הפֿוסד אָדער קראַנקייט אָנגעגאַנגען

8. אן אָביעקט (צ.ב. פֿאַרקליפֿט, האַמער, זייערס) איז געווען פֿאַרבונדן אין דעם הפֿוסד/קראַנקייט? יאָ ניין אויב יאָ, וואָס: _____
9. דעם הפֿוסד איז געווען אַ רעזולטאַט פֿון ניצן אָדער אַפּעראַציע פֿון אַן ליצענצד מאָטאָר פֿאַרמיטל? יאָ ניין אויב יאָ: דין פֿאַרמיטל אַרבעטגעבער פֿאַרמיטל אַנדערער פֿאַרמיטל ליצענץ פּלאַטע נומער (אויב באַקאַנט): _____
- אויב דין פֿאַרמיטל איז אַריינגענומען, געב אַ נאָמען און אַדרעס פֿון דין מאָטאָר פֿאַרמיטל פֿאַרזיכערונג טרעגער: _____
10. דו האָסט געגעבן דין אַרבעטגעבער (אָדער אויפֿזעער) באַמערקונג וועגן דין הפֿוסד/קראַנקייט? יאָ ניין אויב יאָ, מען האָט געגעבן באַמערקונג צו: _____ בעל-פה שריפֿטלעך באַמערקונג דאָטע: / /
11. עמעצן האָט געזען דין הפֿוסד? יאָ ניין ניט באַקאַנט אויב יאָ, שרייב די נעמען: _____

E. צוריקומען קיין אַרבעט

1. דו האָסט אָפּגעשטעלט אַרבעטן צוליב דין הפֿוסד/קראַנקייט? יאָ, אין וועלכע דאָטע? / / ניין, שפּרינגט צו אָפּטיילונג F.
2. דו ביסט צוריקגעגאַנגען אין אַרבעט? יאָ ניין אויב יאָ, אין וועלכע דאָטע? / / רעגולער פֿליכט באַגרענעצט פֿליכט
3. אויב דו ביסט צוריק אין אַרבעט, פֿאַר וועמען אַרבעסטו יעצט? זעלבער אַרבעטגעבער ניי אַרבעטגעבער זעלבסט אַרבעט
4. וויפֿל איז דין גראַס צאָלונג (איידער שטייערן) פּער צאָלונג פּעריאָד? _____ ווי אָפֿט מען באַצאָלט דיר? _____

F. מעדיקאַל באַהאַנדלונג פֿאַר דעם הפֿוסד אָדער קראַנקייט

1. וועלכער איז געווען די דאָטע פֿון דין ערשטן באַהאַנדלונג? / / ניט באַקומט (שפּרינגט צו פֿראַגע F-5)
2. מען האָט דיר באַהאַנדלט אין פּלאַץ? יאָ ניין
3. אַוואָ האָסט באַקומען דין ערשטן אויס-פּלאַץ מעדיקאַל באַהאַנדלונג פֿאַר דין הפֿוסד/קראַנקייט? ניט באַקומט נויטפֿאַל צימער דאָקטער אָפיס קליניק/שפּיטאַל/נויטיק אָפּהיטונג שפּיטאַל אָפּהיטונג איבער 24 שעהן
- נאָמען און אַדרעס אַוואָ מען האָט דיר ערשטן באַהאַנדלט: _____
- טעלעפֿאָן נומער: () _____
4. מען באַהאַנדלט דיר נאָך פֿאַר דעם הפֿוסד/קראַנקייט? יאָ ניין
- געב דעם נאָמען און אַדרעס פֿון דעם דאָקטער (דאָקטוירים) וואָס באַהאַנדלען דיר פֿאַר דעם הפֿוסד/קראַנקייט: _____
- טעלעפֿאָן נומער: () _____
5. דו האָסט געהאַט אַן אַנדער הפֿוסד צום זעלבן קערפּער טייל, אָדער אַן ענלעך קראַנקייט? יאָ ניין אויב יאָ, אַ דאָקטער האָט דיר באַהאַנדלט? יאָ ניין אויב יאָ, געב די נעמען און אַדרעסעס פֿון דעם דאָקטער(דאָקטוירים) וואָס באַהאַנדלט פֿולשטענדיק און פֿאַרלייגן פֿאַרמע C-3.3 צוזאַמען מיט די פֿאַרמע: _____

6. דעם פֿריערדיקן הפֿוסד/קראַנקייט איז געווען אַרבעט-באַצויגן? יאָ ניין

אויב יאָ, דו האָסט געאַרבעט פֿאַר דעם זעלבן אַרבעטגעבער ווי יעצט? יאָ ניין

איך מאַכט אַ קליימ פֿאַר בענעפיט לויט די אַרבעטער פֿאַריטיקונג געזעץ. מיין אונטערשריפט האַלט אַז די אינפֿאַרמאַציע איך צושטעלט איז אמתדיקע און פינטלעך צו מיין בעסטן קענטשאַפֿט און מיינונג.

קיין פּערזאָן וואָס מיט קענטשאַפֿט און כּוונה צו באַשווינדלען באַווייזן, מאַך מען זאָל באַווייזן, אָדער צוגרייט מיט קענטשאַפֿט אָדער מיינונג אַז מען וועט באַווייזן, אָדער בייַ קיין פֿאַרזיכערער, אָדער זעלבסט-פֿאַרזיכערער, קיין אינפֿאַרמאַציע וואָס נעם אַרײַן פֿאַלש מאַטעריעל אויסזאָג אָדער האַלט קיין מאַטעריעל פֿאַקט, וועט זײַן שולדיק פֿון אַ פֿאַרברעך און סאָבײַקט צו היפּש געלטשטראַפֿן און תּפּיסה.

אַרבעטער אונטערשריפט _____ פֿאַרדרוקן נאָמען: _____ דאָטע: / /

איין נאָמען פֿון אַרבעטער _____ פֿאַרדרוקן נאָמען: _____ דאָטע: / /

אַן אידיאָווידעלע מעג אונטערשרייבן אין נאָמען פֿון דעם אַרבעטער בלויז אויב ער אָדער זי איז געזעצלעך אויטאָרײַזירט עס צו מאַכן און דעם אַרבעטער איז אַ מינערווערטיק, גײַסטיק אומקאַמפּעטענט אָדער אַן אָפּאַציעט

איך באַשטעטיקט צו מיין בעסטע קענטשאַפֿט, אינפֿאַרמאַציע און מיינונג, פֿאַרמירט נאָך אַן אָנפֿרעג סײַכלדיק לויט די צושטאַנדן, אַז די אַלעגיישאַנס און אַנדערע פֿאַקטנדיק ענינים קאָנטראַסטירט אויבן האָבן קענטיק אָנהאַלט, אָדער מסתמא קענטיק אָנהאַלט נאָך אַ סײַכלדיקע געלעגנהייט פֿאַר וויטערדיק דורכקוונגען אָדער אַנטדעקונגען.

אונטערשריפט פֿון אַוואָקאַט/רעפּרעזענטאַנט (אויב עס איז דאָ): _____ דאָטע: / /

פֿאַרדרוקן נאָמען: _____ טיטל: _____

ID נומער, אויב עס איז דאָ: R _____ אויב ליצענצד רעפּרעזענטאַנט, ליצענץ נומער: _____ אויסגעגאַנגען דאָטע: _____



שטאַט פֿון ניו יאָרק - NYS אַרבעטער פֿאַרגײטיקונג באַרד

WCB פֿאַל נומער (אויב דו קענסט עס):

צו קליימאַנט: אויב דו האָסט באַקומען באַהאַנדלונג פֿאַר אַ פֿריערדיקן הפֿסד אויף דעם זעלבן קערפער טייל אָדער פֿאַר אַ קראַנקײט ענלעך אַז די באַשרײבט אין דײַן גײיק קלײם, אָנפֿילן די פֿאַרמע: די פֿאַרמע דערלױבט די געזונטערהײט אָפּהײטונג צושטעלער אין די פֿאַלגנדיקע רשײמה צו באַפֿרײען געזונטערהײט אָפּהײטונג אינפֿארמאַציע וועגן דײַן פֿריערדיקער הפֿסד/קראַנקײט צו דײַנער אַרבעטגעבער אַרבעטער פֿאַרגײטיקונג 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 פֿאַרגײטיקונג באַרד קען דיר העלפֿן. אָנקלינגט: 800-580-6665.

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

- די פֿאַרמע דערלױבט ניט אײַער געזונטערהײט אָפּהײטונג צושטעלער צו באַפֿרײען די פֿאַלגנדיקע מין אינפֿארמאַציע:
- HIV-באַצויגן אינפֿארמאַציע
- פּסיקאַטעראַפּיע באַמערקונגען
- אַלקאָהאָל/רפּואה באַהאַנדלונג
- גײסטיק געזונטערהײט באַהאַנדלונג (סיידן איר טשעקן אונטן)
- מינדלעך אינפֿארמאַציע (אײַער געזונטערהײט אָפּהײטונג צושטעלער מעגן ניט דיסקוטירן אײַער געזונטערהײט אָפּהײטונג אינפֿארמאַציע מיט קײנער)

- דעם באַפֿרײַונג איז:
- פֿרײויליק. אײַער געזונטערהײט אָפּהײטונג צושטעלער(ס) דאַרפֿן דיר געבן דעם זעלבן אָפּהײטונג, צאלונג טערמינען און בענעפּיטס, צי איר אונטערשרײבן אָדער ניט אונטערשרײבן די פֿאַרמע.
- באַגרענעצט. עס געב אײַער געזונטערהײט אָפּהײטונג צושטעלער דערלױבעניש צו באַפֿרײען בלױז יענע געזונטערהײט רעקאָרדס וואָס זײַנען באַצויגן צו דעם פֿריערדיקער קראַנקײט/צושטאַנד איר באַשרײבן אונטן.
- דערווייליקע עס ענדיקט ווען אײַער גײיק קלײם פֿאַר פֿאַרגײטיקונג ווערט פֿעסטיקט אָדער אומדערלױבט און אַלע אָפּעלירן זײַנען אויסגעמאַטערט.
- באַטלעך. איר קענען שטענדיק באַטל מאַכן דעם באַפֿרײַונג. כּדי צו באַטל מאַכן, שיקן אַ ברײוו צו דעם געזונטערהײט אָפּהײטונג צושטעלער אין די רשײמה פֿון די פֿאַרמע. אויך, שיק אַ קאָפּיע פֿון אײַער ברײוו צו אײַער אַרבעטגעבער אַרבעטער פֿאַרגײטיקונג פֿאַרזיכערער און דעם אַרבעטער פֿאַרגײטיקונג באַרד. באַמערקונג: איר מעג ניט באַטל מאַכן דעם באַפֿרײַונג וועגן מעדיקאַל רעקאָרדס שױן צוגעשטעלט.
- בלױז פֿאַר רעקאָרדס. עס געב אײַער געזונטערהײט אָפּהײטונג צושטעלער אין די רשײמה פֿון די פֿאַרמע דערלױבעניש צו שיקן קאָפּיעס פֿון אײַערע געזונטערהײט אָפּהײטונג רעקאָרדס צו אײַער אַרבעטגעבער אַרבעטער פֿאַרגײטיקונג פֿאַרזיכערער.

קײן מעדיקאַל רעקאָרדס באַפֿרײען וועלן ווערן אַ טייל פֿון אײַער אַרבעטער פֿאַרגײטיקונג פֿיל און זײַנען קאָנפּידענציעל לױט די אַרבעטער פֿאַרגײטיקונג געזעץ.

A. דײַן אינפֿארמאַציע (קליימאַנט)

1. נאָמען: _____
2. סאָשאַל סעקורײטי נומער: _____ - _____ - _____
3. פֿאַסט אַדרעס: _____
4. געבורט דאַטע: _____ / _____ / _____
5. דאַטע פֿון איצטיקער הפֿסד/קראַנקײט: _____ / _____ / _____
6. איצטיקער הפֿסד/קראַנקײט, אַרײַנגענומען אַלע קערפער טײלן געשעדיקט: _____
7. אײַער געזעצלעך רעפּרעזענטאַנט נאָמען און אַדרעס (אויב עס איז דאָ) _____

טשעק דאָ אויב איר דערלױבט אײַער געזונטערהײט אָפּהײטונג צושטעלער צו באַפֿרײען גײסטיק געזונטערהײט אָפּהײטונג אינפֿארמאַציע.

B. אײַער געזונטערהײט אָפּהײטונג צושטעלער. (מאָך אַ רשײמה פֿון אַלע געזונטערהײט אָפּהײטונג צושטעלער וואָס האָבן אײַך באַהאַנדלט פֿאַר אַ פֿריערדיקער 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. לײענען און אונטערשרײבן אונטן. אײַך בעט אַז די געזונטערהײט אָפּהײטונג צושטעלער פֿאַרשרײבן אויבן צו געבן מײן אַרבעטגעבער אַרבעטער פֿאַרגײטיקונג פֿאַרזיכערער קאָפּיעס פֿון אַלע געזונטערהײט אָפּהײטונג רעקאָרדס באַצויגן צו קײן פֿריערדיקער הפֿסד/קראַנקײט, צו אַלע קערפער טײלן, באַשרײבט אויבן.

קליימאַנט אונטערשרײפט (בלױז טײט -- נוצן בלוי באַלפּוינט פֿעדער, אויב מעגלעך) _____ דאַטע

אויב דעם קליימאַנט קענט ניט אונטערשרײבן, דעם פּערזאָן וואָס אונטערשרײבט פֿאַר ער/זי דאַרפֿן אָנפֿילן און אונטערשרײבן אונטן: _____ דאַטע

אײַער נאָמען _____ באַצײונג מיטן קליימאַנט _____ אונטערשרײפט(בלױז טײט -- נוצן בלוי באַלפּוינט פֿעדער, אויב מעגלעך) _____ דאַטע

אינסטרוקציעס פֿאַר אָנפֿילן די אַרבעטער קליימ פֿאָרמע (Form C-3)

ביטע אָנפֿילן די פֿאָרמע און עס שיקן צו דעם אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג באַרד איקערדיק פֿאַסט אַדרעס פֿאַרשריבן לטוף פֿון די אינסטרוקציעס. אויב איר דאַרפֿן ווייטערדיק הילף צו אָנפֿילן די פֿאָרמע, קאָנטאַקטירט דעם אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג באַרד אויף **1-877-632-4996**. איר מעגן אויך אָנפֿילן די פֿאָרמע אָנליין אויף **wcb.ny.gov**. אויב איר האָבן ניט אַדער קענען ניט אייער אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג באַרד פֿאַל נומער, ביטע לאָזן ריין דעם פֿעלד. מען דאַרף עס ניט צו פֿראַצעס אייער קליימ. געדענקט צו שרייבן אייער נאָמען און די דאַטע פֿון אייער הפֿסד/קראַנקייט אויבן פֿון זייט צוויי.

טייל A. דיין אינפֿאַרמאַציע (אַרבעטער)

אין טייל A, שרייב דיין נאָמען, אַדרעס און אַנדערע אינפֿאַרמאַציע באַדאַרפֿט. **באַמערקונג אויף איטעם 7:** באַרד פֿאַרהערן זיינען געפֿירט אין ענגליש. אויב איר דאַרפֿן אַ טייטשער, קלייב אויס יאָ און אָנווייז דעם שפראַך וואָס איר ניצן.

באַמערקונג פֿון די ניו יאָרק פֿערזענלעכער פריוואַטקייט באַשיצונג געזעץ. (U.S.C. § 552a 5) 1974 and the Federal Privacy Act (Public Officers Law) אַרטיקל 6-A)

דעם אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג באַרד אויטאָריטעט צו בעטן אַז קליימאַנטס זאָלן צושטעלן פֿערזענלעכע אינפֿאַרמאַציע, אַריינגענומען זיין סאַשאַל סעקורטי נומער, קומט פֿון דעם באַרד אויטאָריטעט אויטאָריטעט לויט די אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג באַרד געזעץ (20 WCL), און זיין אַדמיניסטראַטיוו אויטאָריטעט לויט § WCL 142. די אינפֿאַרמאַציע איז געזאַמלט צו העלפֿן דעם באַרד אונטערזוכן און פֿאַרוואַלטן קליימ אין די מערסט לויניק שטייגער אַז מעגלעך און צו העלפֿן עס האַלטן פֿאַרהוילן פינטלעך קליימ רעקאָרדס. צושטעלן אייער סאַשאַל סעקורטי נומער צו דעם באַרד איז פֿריווייליק. עס איז ניט דאָ קיין שטראַף פֿאַר אַ דורכפֿאַל צו צושטעלן אייער סאַשאַל סעקורטי נומער אין די פֿאָרמע; עס וועט ניט ענדיקן אין אַ אָפֿילייקענונג פֿון אייער קליימ אַדער אַ דערנידעריקונג אין בענעפֿיטס. דעם באַרד וועט באַשיצן די קאָנפֿידענציעלייט פֿון די גאַנצע פֿערזענלעכע אינפֿאַרמאַציע אין זיין פֿאַרמעגן, אויסזאָגן עס בלויז פֿאַר זיינע באַאַמטלעך פֿליכטן און אין צוזאַמענהאַנג מיט שייך שטאַט און פֿעדעראַל געזעץ.

אָפֿטיילונג B - דיין אַרבעטגעבער(ס)

אין אָפֿטיילונג B, שרייב דעם נאָמען, אַדרעס, טעלעפֿאָן נומער און אַנדערע אינפֿאַרמאַציע פֿון דעם אַרבעטגעבער פֿאַר וועלכן איר האָט געאַרבעט אין צייט פֿון הפֿסד/קראַנקייט.

באַמערקונג: אייער אַרבעטגעבער איז די קאָמפּאַניע אַדער אַגענציע וואָס אַרויסגעב אייער צאָלונג טשעק. אויב איר זייט אַ קאָנטראַקטאַר אין אַן אַרבעטן פּלאַץ אַדער אָפֿיס, די פּערסאָנאַל אַגענציע אַדער פֿאַרקויפֿער וואָס האָט אייך געדינגען איז אייער אַרבעטגעבער, ניט דעם אַרבעטן פּלאַץ אַדער אָפֿיס אווּו איר רעפּאַרטירן צו אַרבעטן.

אָפֿטיילונג C - דיין אַרבעט אין די דאַטע פֿון הפֿסד אַדער קראַנקייט:

אין אָפֿטיילונג C, שרייב אייער אַרבעטן טיטל, אַרבעטן אַקטיוויטעטן און צאָלונג אינפֿאַרמאַציע.

אָפֿטיילונג D - דיין הפֿסד אַדער קראַנקייט

אין אָפֿטיילונג D, שרייב אייער הפֿסד אַדער קראַנקייט אינפֿאַרמאַציע.

איטעם 1: שרייב די דאַטע ווען איר זייט געשעדיקט אַדער די ערשטע דאַטע איר האָט באַמערקט איר זייט קראַנק.

אויב דאָס איז אַ קראַנקייט אַדער אַקאָפישישאַנאַל קראַנקייט, שפּרינגט איטעם 2. די דאַטע איר זייט געשעדיקט דאַרף זיין אין מאָנאַט/טאָג/יאָר פֿאָרמאַט. דעם יאָר דאַרף זיין געשריבן אַז פֿיר ציפֿערן, צ.ב., 2015.

איטעם 2: שרייב דעם צייט ווען דעם הפֿסד איז געשען. טשעק אויב עס איז געווען פֿ"מ אַדער נ"מ.

איטעם 3: אָנווייז די באַגעגענונג אווּו דעם הפֿסד/קראַנקייט איז געשען, אַריינגענומען דעם אַדרעס פֿון דעם בנין און די פֿיזיש באַגעגענונג אין דעם בנין אווּו דעם הפֿסד/קראַנקייט איז געשען.

איטעם 4: טשעק אויב דאָס איז געווען אייער נאָרמאַל אַרבעטן פּלאַץ. אויב ניט, דערקלערט פֿאַרוואָס איר זייט געווען אין דעם פּלאַץ.

איטעם 5: באַשרייב אין דעטאַל וואָס איר האָט געטאָן אין צייט פֿון הפֿסד/קראַנקייט (צ.ב. אויסלאָדן קעסטלען פֿון אַ משאַ-אויטאָ בײַ האַנט).

דאָס דערקלערט די געשעענישן וואָס האָבן געפֿירט צום הפֿסד.

איטעם 6: באַשרייב אין דעטאַל ווי אַזוי דעם הפֿסד/קראַנקייט איז געשען (צ.ב. איר האָבן אויפֿגעהויבט אַ שווערע קעסטל פֿון אַ משאַ-אויטאָ). דאָס דאַרף אַריינגעמען אַלע מענטשן און געשעענישן אַריינגענומען אין דעם הפֿסד/קראַנקייט.

איטעם 7: אָנווייז אין גאַנצן די נאַטור און מאָס פֿון אייער הפֿסד/קראַנקייט, אַריינגענומען אַלע קערפּערשאַפֿט טיילן געשעדיקט. זייט אַז ספּעציפֿיש אַז מעגלעך (צ.ב. איר האָבן אָנשגעטרענגן מיין רוקן ווען אויפֿגעהויבן אַ שווערע קעסטל פֿון אַ משאַ-אויטאָ). עס איז שווער זײַ צו פֿאַרבייגן אַדער האַלטן אָפֿילו אַ לייכטער אַביעקט)

איטעם 8: אָנווייז אויב אַן אַביעקט איז פֿאַרבונדן געווען אין צופֿאַל **אַנדערש פֿון** אַן ליצענצד מאָטאָר פֿאַרמיטל. אַנדערע אַביעקט מעגן אַריינגעמען אַ מכשיר (צ.ב. האַמער), אַ כעמיש (צ.ב. זייערס), מאַשין (צ.ב. פֿאַרקליפֿט אַדער עקבער דריקער), א.א.וו.

איטעם 9: אָנווייז אויב ליצענצד מאָטאָר פֿאַרמיטל איז פֿאַרבונדן געווען אין צופֿאַל. אויב יאָ, טשעק אויב דעם מאָטאָר פֿאַרמיטל איז דינער, פֿון אייער אַרבעטגעבער, אַדער פֿון אַ דריטן פֿאַרטיי. נעם אַרײַן דעם ליצענץ פּלאַטע נומער (אויב באַקאַנט). אויב דיין פֿאַרמיטל איז אַריינגענומען, געב אַ נאָמען און אַדרעס פֿון דיין מאָטאָר פֿאַרמיטל

ליאַביליטי טרעגער:

איטעם 10: טשעק אויב דו האָסט געגעבן דיין אַרבעטגעבער (אַדער אויפֿזעער) באַמערקונג וועגן דיין הפֿסד/קראַנקייט. אויב יאָ, אָנווייז ווער דו האָסט באַמערקט אַזוי ווי אויב עס איז געווען בעל-פה אַדער שריפֿטלעך. נעם אַרײַן די דאַטע ווען דו האָסט באַמערקט.

איטעם 11: טשעק אויב עמעצן אַנדערש האָט געזען ווי אַזוי דעם הפֿסד איז געשען. אויב עמעצן האָט עס געזען, נעם אַרײַן זיין נאָמען.

אָפֿטיילונג E - צוריקקומען קיין אַרבעט

איטעם 1: אויב איר האָט אָפּגעשטעלט אַרבעטן אַז אַ רעזולטאַט פֿון דיין אַרבעטן-באַציון הפֿסד/קראַנקייט, טשעק יאָ און אָנווייז די דאַטע איר האָט אָפּגעשטעלט אַרבעטן. אויב איר האָט ניט אָפּגעשטעלט אַרבעטן, טשעק ניין און שפּרינגט צום פֿאַלקנדיקער אָפֿטיילונג.

איטעם 2: אויב איר האָט זייט דעמאָלט צוריקגעגאַנגען צום אַרבעט, טשעק יאָ אויך, אָנווייז אין וועלכע דאַטע דו האָסט אָנגעהויבן אַרבעטן נאָך אַ מאָל, אַזוי ווי אויב דו ביסט צוריקגעגאַנגען צו דינע נאָרמאַל פֿליכטן אַדער אויב דו ביסט אַן באַגרענעצט פֿליכטן. (אויב דו ביסט ניט צוריק אין דינע פֿול-פּרע-הפֿסד אַדער קראַנקייט אַרבעטן פֿליכטן, אַז דו ביסט אין באַגרענעצט פֿליכטן).

איטעם 3: אויב דו ביסט צוריק אין אַרבעט, אָנווייז פֿאַר וועמען דו אַרבעט יעצט.

איטעם 4: שרייב דיין ראַקס צאָלונג (איידער שטייערן) פֿאַר צאָלונג פּעריאָד פֿאַר דעם אַרבעט דו מאַכסט הינט. אָנווייז ווי אָפֿט איר באַקומט אַ צאָלונג טשעק (וואַכנדיק, צוויי-וואַכנדיק, א.א.וו.)

אָפּטיילונג F - מעדיקאל באַהאַנדלונג פֿאַר דעם הפֿסד אָדער קראַנקייט

- איטעם 1:** אויב דו האָסט ניט באַקומען מעדיקאל באַהאַנדלונג פֿאַר דעם הפֿסד/קראַנקייט, טשעק ניט באַקומט און שפּרינגט צו איטעם 5. אַנדערש, ערייב די דאַטע ווען דו האָסט ערשטנס באַקומען באַהאַנדלונג פֿאַר דעם הפֿסד/קראַנקייט און ענטפֿער דעם רעשט פֿון דעם אָפּטיילונג.
- איטעם 2:** טשעק אויב דו ביסט ערשטנס באַהאַנדלט אין אַרבעט פֿאַר דעם הפֿסד/קראַנקייט.
- איטעם 3:** טשעק דעם פּלאַץ ווען מען האָט דיר ערשטנס געגעבן אויסער פּלאַץ מעדיקאל באַהאַנדלונג פֿאַר דין הפֿסד/קראַנקייט. נעם אַרין דעם נאָמען און אַדרעס פֿון די מהירות, אַזוי ווי דעם טעלעפֿאָן נומער (אַריינגענומען געגנט קאָדע).
- איטעם 4:** אויב די באַקומסט נאָך באַהאַנדלונג פֿאַר דעם זעלבן הפֿסד אָדער קראַנקייט, טשעק יאָ און אָנווייז דעם נאָמען און אַדרעס פֿון דעם דאָקטער (דאָקטוירים) וואָס האָבן צוגעשטעלט באַהאַנדלונג אַזוי ווי דעם טעלעפֿאָן נומער (אַריינגענומען געגנט קאָדע); אַנדערש, טשעק ניין.
- איטעם 5:** אויב דו האָסט שוין געהאַט אַ הפֿסד אין די זעבע קערפער טייל אָדער אַן ענלעך קראַנקייט, טשעק יאָ און אָנווייז אויב אַ דאָקטער האָט דיר באַהאַנדלט פֿאַר דעם הפֿסד אָדער קראַנקייט. אויב דו ביסט באַהאַנדלט בײַ אַ דאָקטער, אָנווייז דעם נאָמען (נעמען) און אַדרעס(עס) פֿון דעם דאָקטער (דאָקטוירים) וואָס האָבן צוגעשטעלט אָפּהיטונג און אָנפֿילט און פֿאַרלייגט **Form C-3.3 צוזאַמען מיט די פֿאַרמע**.
- איטעם 6:** אויב דו האָסט געהאַט אַ פֿריערדיקער הפֿסד אָדער קראַנקייט, טשעק אויב דין פֿריערדיקער הפֿסד אָדער קראַנקייט איז געווען אַרבעט-באַצויגן. אויב יאָ, טשעק אויב דעם הפֿסד אָדער קראַנקייט איז געשען דערווייל אַרבעטן פֿאַר דין גייען אַרבעטגעבער.

אונטערשרייבט Form C-3 אין דעם פּלאַץ צוגעשטעלט פֿאַר אַרבעטער אונטערשריפט אָן זייט 2, שרייבט דין נאָמען, און די דאַטע ווען דו פֿאַרשרייבסט די פֿאַרמע. אויב אַ דריטן פֿאַרטיי איז אונטערשריבן פֿאַר דיר, דעם פּערזאָן דאַרף אונטערשרייבן אין די צווייטע אונטערשריפט ליניע. אויב דו האָסט אַ געזעצלעך רעפּרעזענטאַנט, דין רעפּרעזענטאַנט דאַרף אָנפֿילן און אונטערשרייבן דעם אַדוואָקאַט/רעפּרעזענטאַנט באַשטעטיקונג אָפּטיילונג דנאָ פֿון זייט 2.

וואָס יעדער אַרבעטער דאַרף טאָן אין פֿאַל פֿון אין-אַרבעט הפֿסד אָדער אַקיאָפּישישאַנאַל קראַנקייט:

1. באַלדיק זאָג אייער אַרבעטגעבער אָדער אויפֿזעער ווען, אַוואָ און ווי אַזוי דו ביסט געשענדיקט געווען.
2. פֿאַרזיכער באַלדיק מעדיקאל אָפּהיטונג.
3. זאָג דין דאָקטער צו אָנפֿילן די מעדיקאל רעפֿאַרט מיט דעם באַרד און מיט דין אַרבעטגעבער אָדער זיין פֿאַרזיכערונג טרעגער.
4. מאַך דעם קליינס פֿאַר פֿאַרגיטיקונג און שיקט עס צו די נאָענטסטע אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג באַרד אָפּיס. (זע אונטן) דורכפֿאַל צו פֿאַרלייגן אין צוויי יאָר נאָך דעם הפֿסד דאַטע מעג דערפֿירן אין געלייקנט פֿון דין קליינס. אויב דו דאַרפֿסט הילף אָנפֿילן די פֿאַרמע, אָנקלינגט אָדער ווייזט די נאָענטסטע אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג באַרד אָפּיס אין די ווייטערדיקע רשימה.
5. גיי אויף אַלע פֿאַרהערן ווען באַמערקט צו אויסמעקן.
6. דזשע צוריק צום אַרבעט אַז אַזוי שנעל אַז דו קענסט; פֿאַרגיטיקונג איז קיין מאָל ניט אַז הויך אַז דין לויין.

דיינע רעכט:

1. אין אַלגעמיין, איר באַרעכטיקט צו זיין באַהאַנדלט בײַ אַ דאָקטער וואָס דו קלייבסט אויס, אויב ער/זי איז אויטאָריזירט בײַ דעם באַרד. אויב דין אַרבעטגעבער איז פֿאַרבונדן אין אַ בילכער צושטעלער אַרגאַניזאַציע (PPO) אָפּמאַך, דו דאַרפֿסט באַקומען ערשטע באַהאַנדלונג פֿון די בילכער צושטעלער אַרגאַניזאַציע וואָס איז באַשטימט צו צושטעלן געזונטערהייט אָפּהיטונג באַדינונג פֿאַר אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג הפֿסדים.
2. באַצאַלט ניט דין דאָקטער אָדער שפּיטאַל. זיינע רעכענונגען וועלן באַצאַלט זיין בײַ דעם פֿאַרזיכערונג טרעגער אויב דין פֿאַל איז ניט דיספּיטעד. אויב דין פֿאַל איז דיספּיטעד, דעם דאָקטער אָדער שפּיטאַל דאַרף וואַרטן פֿאַר צאַלונג ביז דעם באַרד באַשלוס דין פֿאַל. אין די געשעעניש אַז דו פּראָקורירט ניט דין פֿאַל אָדער דעם באַרד באַשלוס קעגן דיר, דו וווסט דאַרפֿן באַצאַלן דעם דאָקטער אָדער שפּיטאַל.
3. דו ביסט אויך באַרעכטיקט צו זיין אומגעקערט פֿאַר רפּואות, קרוטששעס אָדער קיין אַפּאַראַט ריכטיק פֿאַרשרייבט בײַ דין דאָקטער און פֿאַר אויטאָ צאַלונגען אָדער אַנדערע נויטיקע הוצעות פֿון גיין און קומען פֿון דין דאָקטער אָפּיס אָדער דעם שפּיטאַל. (באַקומט קאַבאַלען פֿאַר די הוצעות)
4. דו ביסט באַרעכטיקט צו פֿאַרגיטיקונג אויב דין הפֿסד האַלט דיר פֿון אַרבעט פֿאַר מער ווי סײַבן טעג, צווייגט דיר צו אַרבעטן מיט דערנידעריקטע לוינען, אָדער דערפֿירט אין בלייביק דיסאַביליטי צו קיין טייל פֿון דין קערפערשאַפֿט.
5. פֿאַרגיטיקונג איז באַצאַלט גלייך און אָן וואַרטן פֿאַר אַ באַוויליקונג, אחוץ ווען די קליינס איז דיספּיטעד.
6. געשענדיקטע אַרבעטער אָדער אָפּהענגיק פֿון פֿאַרשטאַרבענע אַרבעטער מעג זעלבסט-רעפּרעסענטירן אין ענינים מיט דעם באַרד אָדער מעגן האַלטן אַן אַדוואָקאַט אָדער ליצענצד רעפּרעזענטאַנט זיי צו רעפּרעזענטירן. אויב אַן אַדוואָקאַט אָדער ליצענצד רעפּרעזענטאַנט איז דערהאַלטן, איר/זיין אָפּצאַל פֿאַר געזעצלעכע באַדינונג וועלן איבערגעקוקט ווערן בײַ דעם באַרד אָדער פֿאַרזיכערונג קאַמפּאַניע פֿאַר קיין פֿעליק אַרגיטיקונג בענעפֿיטס. געשענדיקט אָדער אָפּהענגיק אַרבעטער פֿון פֿאַרשטאַרבענע אַרבעטער דאַרפֿן ניט גלייך באַצאַלן גאַרניט צו דעם אַדוואָקאַט אָדער ליצענצד רעפּרעזענטאַנט וואָס רעפּרעזענטירט זיי אין אַ פֿאַרגיטיקונג פֿאַל.
7. אויב דו דאַרפֿסט הילף צוריקקומען צום אַרבעט, אָדער מיט משפּחה אָדער פֿיינאַנשאַל פּראָבלעמען צוליב דין הפֿסד, קאַנטאַקטירט דעם אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג באַרד אָפּיס נאָענט צו דיר און בעט פֿאַר אַ רעהאַביליטאַטיאָן קאַנסולטאַר אָדער סאַשאַל אַרבעטער.

די פֿאַרמע דאַרף זיין אָנגעפֿילט בײַ שיקן עס גלייך צו דעם ווייטערדיקן אַדרעס:

New York State Workers' Compensation Board

Centralized Mailing

PO Box 5205

Binghamton, NY 13902-5205

קליענט באַדינונג - פֿריי טעלעפֿאָן נומער: 877-632-4996