



איידער פֿאַרענדיקן די פֿאַרמע, איר מעגן ווילן צו רעדן מיט אַ געזעצלעך רעפּרעזענטאַנט. איר קענען אויך אַנקלינגען 6665-580-1-800 און בעטן צו רעדן מיט דעם באַרד אַדוואָקאַט פֿאַר געשעדיקט אַרבעטער. ביטע ענטפֿער אַלע פֿראַגעס אין גאַנצן. צופֿעסטיקן עקסטערע זייטן אויב נויטיק.

A. אייער אינפֿאַרמאַציע

נאָמען: _____
ערשטן _____ מיטל _____ משפּחה _____
אַדרעס: _____
נומער און גאַס _____ שטאַט _____ שטאַט _____ זיפּ קאָדע _____
געבורט דאַטע: _____ סאַשאַל סעקורטיי # _____ דאַטע פֿון הפֿסד/דיסייבלמענט: _____

B. אייער בילדונג (קלייב אויס העכסטן בילדונג ניוואַ)

High School _____ High School _____ דיפּלאָמאַ אָדער GED _____
אין וועלכער לאַנד האָט איר דערגרייכן אייער העכסטן בילדונג ניוואַ: _____
פֿאַראַייניקטע שטאַטן _____ אַנדערש (ביטע דערקלערן): _____
איר האָט באַקומען קיין ספּעסיאַליצירט אַרבעטן טריינירונג אָדער קיין לערנען? _____ יאָ _____ נייַן _____
אויב יאָ, ביטע שרייבן מין טריינירונג: _____
דאַטע פֿילגעשטענדיקט: _____ באַשטעטיקונג/ליצענץ באַקומט: _____
אויסגעגאַנגען דאַטע(ס) פֿון באַשטעטיקונג/ליצענץ: _____
איר זייט געווען אין US מיליטעריש? _____ יאָ _____ נייַן _____ צווייג: _____ דאַטעס: _____
ספּעסיאַליצירט טריינירונג דערווייל אין US מיליטעריש: _____
ביטע שרייבן אַדיציאָנעלער טריינירונג. נעם אַרײַן דעם נאָמען פֿון שול/פּראָגראַם, די טריינירונג דאַטע און קיין גראַד אָדער צערטיפֿיקאַט באַקומען.

C. אייער אַרבעטן איבערלעבונג

שרייב אַלע אַרבעטן טיטלען במשך די לעצטע 10 יאָר (אַזוי ווי אַמבאַר אַרבעטער, קוכער), מערסט גייך ערשטן. פֿאַרבינדט אַדיציאָנעלע בלעטלען אַז נויטיק.
אַרבעט טיטל: _____
אַרבעט פֿליכטן: _____
לענג פֿון צייט אין דעם אַרבעט (אין יאָרן) _____
אַרבעט טיטל: _____
אַרבעט פֿליכטן: _____
לענג פֿון צייט אין דעם אַרבעט (אין יאָרן) _____
אַרבעט טיטל: _____
אַרבעט פֿליכטן: _____
לענג פֿון צייט אין דעם אַרבעט (אין יאָרן) _____
אַרבעט טיטל: _____
אַרבעט פֿליכטן: _____
לענג פֿון צייט אין דעם אַרבעט (אין יאָרן) _____

D. אייער קענטשאַפֿט און ניצן פֿון די ענגליש שפּראַך

קלייב אויס דעם מעגלעכקייט ניוואַ פֿאַר: רעדן _____ גוט _____ ניט גוט _____
לייענען _____ גוט _____ ניט גוט _____
שרייבן _____ גוט _____ ניט גוט _____
גאַרניט _____ גאַרניט _____ גאַרניט _____

די אינפֿאַרמאַציע איך צושטעלט איז אמתדיקע און פינטלעך צו מין בעסטן קענטשאַפֿט און מיינונג. די פֿאַרמע איז אונטערגעשריבן אונטער שטראַף פֿון פֿאַלשע שבוּעה.

אונטערשריפֿט פֿון קליימאַנט: _____
קליימאַנט נאָמען (ביטע קלאַר פֿאַרדרוקן): _____
דאַטע: _____

אינסטרוקציעס פֿאַר פֿולשטענדיקן פֿאַרמע VDF-1 "אָנווער פֿון לוינ פֿאַרדינען פֿייקייט - פֿאַכטיק דאַטאָ פֿאַרמע"

ביטע ענטפֿער אַלע פֿראַגעס אין גאַנצן. צופֿעסטיקן עקסטערע זייטן אויב נויטיק. שיקן די פֿאַרמע צו דעם Workers' Compensation Board אין אַדרעס געשריבן אונטן. איידער פֿאַרענדיקן די פֿאַרמע, איר מעגן ווילן צו רעדן מיט אַ געזעצלעך רעפֿרעזענטאַנט. איר קענען אויך אַנקלינגען 1-800-580-6665 און בעטן צו רעדן מיט דעם באַרד אַדוואָקאַט פֿאַר געשעדיקט אַרבעטער. די פֿאַקטס אין די פֿאַרמע וועלן זיין באַנוצט כדי צו באַשלאָסן אייער אָנווער פֿון לוינ פֿאַרדינען פֿייקייט.

אויב איר האָבן ניט אַדער קענען ניט אייער אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג באַרד פֿאַל נומער, ביטע לאַזן ריין דעם פֿעלד. מען דאַרף עס ניט צו פֿאַרצעסן אייער קליינס. זייט זיכער איר שרייבן אייער נאָמען און די דאַטע פֿון אייער הפֿסד אַדער קאַנקייט.

טייל A - אייער אינפֿאָרמאַציע:

- שרייבן אייער פֿול נאָמען. נעם אריין ערשטן נאָמען, מיטל און משפּחה נאָמען.
- שרייבן אייער Workers' Compensation Board פֿאַל נומער, אויב באַקאַנט.
- שרייבן איין מיילינג אַדרעס. נעם אַריין P.O. Box אויב שייך, שטאַט אַדער שטעטל, שטאַט און זיפ קאָדע.
- שרייבן אייער געבורט דאַטע.
- שרייבן אייער סאָשאַל סעקורטי נומער. דאָס איז וויכטיק כדי העלפֿן גיכער באַדינען אייער קליינס.
- שרייבן דאַטע פֿון הפֿסד.

טייל B - אייער בילדונג:

- טשעק דעם קעסטל לעבן דעם העכסטן בילדונג ניוואָ איר האָבן דערגרייכט.
- טשעק "יאָ" אויב איר האָבן פֿולגעשטענדיקט קיין ספּעסיאַליצירט לערנען טריינירונג. טשעק "ניין" אויב איר האָבן ניט. אויב איר האָבן געענטפֿערט "יאָ", שרייבן דעם מין טריינירונג און לערנען. צושטעלן די דאַטע ווען איר האָט פֿולגעשטענדיקט דעם טריינירונג אַדער לערנען. שרייבן קיין באַשטעטיקונג אַדער ליצענץ באַקומען און די דאַטע ווען עס וועט אויסגיין.
- טשעק "יאָ" אויב איר זייט געווען אין די U.S. מיליטעריש. טשעק "ניין" אויב איר האָבן ניט. אויב איר ענטפֿערן "יאָ" צום פֿראַגע, אידענטיפֿיצירט די צווייט פֿון מיליטעריש אין וועלכע איר זייט געווען. שרייבן די דאַטעס פֿון באַדינונג. שרייבן קיין אַקיאַפֿישיאַנאַל און/אָדער ספּעסיאַליצירט טריינירונג איר האָבן באַקומען.
- אויב איר האָבן פֿולגעשטענדיקט קיין אַדיציאָנעלער טריינירונג ניר אין די רשימה, ביטע שרייבן דעם מין טריינירונג איר האָבן באַקומען. אידענטיפֿיצירט קיין גראַד אַדער צערטיפֿיקאַט איר האָבן באַקומען.

טייל C - אייער אַרבעטן איבערלעבונג:

- שרייבן אייער לעצטן אַרבעטן טיטל (אַזוי ווי אַמבאַר אַרבעטער, קוכער, א.א.וו.). אויב איר האָבן געהאַט דעם אַרבעט מיט מער ווי איין אַרבעטגעבער, שרייבן בלויז איינער.
- שרייבן אייער טיפּיש אַרבעטן אַקטיוויטעטן און פֿליכטן.
- שרייבן ווי לאַנג איר האָבן געהאַט דעם אַרבעט.

טייל D - אייער קענטשאַפֿט און ניצן פֿון די ענגליש שפּראַך

- אָנווייז אייער קענטשאַפֿט און ניצן פֿון די ענגליש שפּראַך

פֿאַרלייגן אונטערגעשריבן אַריגינעל צו דעם Workers' Compensation Board און האַלטן אַ קאָפּיע פֿאַר אייער רעקאָרדס.

**א פֿאַטענציעל אַרבעטגעבער קען ניט איין בעטן צו באַפֿרייען אייער אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג רעקאָרדס.
זע Workers' Compensation Law אַפֿטיילונג a-110.**

ווי אַזוי צו אָנפֿילן די פֿאַרמע

רעפֿאָרטס דאַרפֿן זיין פֿאַרגעלייגט ביי שיקן זיי גלייך צו דעם Workers' Compensation Board אין דעם אונטן אַדרעס מיט אַ קאָפּיע צו דעם פֿאַרזיכערונג טרעגער. רעפֿאָרטס מעגן אויך פֿאַרגעלייגט ווערן דורך פֿאַקס צו דעם באַרד שטאַט פֿאַקס נומער, 1-877-533-0337. ווען צופֿעסטיקן אַדיציאָנעלע דאָקומענטן, ביטע אַריינעמען דעם באַרד פֿאַל נומער (WCB #) אין יעדער זייט.

NYS Workers' Compensation Board
Centralized Mailing
PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5205