

청구인 이름: _____ 소셜 시큐리티 번호: _____

**뉴욕 주 산재보상 위원회 장애 수당국(Disability Benefits Bureau)
DB-450.1 양식, 무과실 또는 개인 상해에 관한 청구인의 진술**

청구인에 대한 지침: 사(4) 주 이상 실업 상태 가 된 후에 장애인이 된 경우 및 양식 DB-450에 귀하의 장애가 무과실 자동차 사고 또는 제3자(개인, 회사 등)의 과실 또는 잘못된 행위로 인한 부상의 결과일 수 있다고 표시한 경우 이 양식을 작성하십시오.

장애 수당법 제227조는 산재 보상위원회 위원장이 판결, 합의 또는 기타 다른 방법으로 제3자로부터 받을 수 있는 모든 회복 자금을 대해 귀하에게 지급된 수당의 선취특권을 가질 수 있다고 규정합니다.

이 법에 따르면 다음과 같은 경우 귀하가 장애 수당에 대한 권리를 상실할 수 있으며 이미 지급된 금액을 환불해야 할 수도 있습니다.

1. 산재보상 위원회 위원장의 서면 동의 없이 제3자로부터 장애 수당법(Disability Benefits Law)에서 제공하는 혜택보다 적은 금액으로 합의금을 수락한 경우.
2. 지급받았는지 여부와 상관없이 제3자에 대한 청구권 면제 또는 해제에 서명한 경우.

이 양식을 작성하고 작성한 DB-450과 함께 제출해야 장애 수당 지급이 지연되지 않습니다.

사건에 대한 청구인의 진술

1. 사건 일자	2. 사건 장소(완전한 주소, 시, 주, 우편 번호 기재)
----------	----------------------------------

3. 사고 원인 자동차 산재 보상 기타

4. a. 해당 당사자에 대한 소송을 취했습니까? 예 아니요
b. "아니요"라고 답한 경우, 그러한 소송을 취하려고 합니까? 예 아니요
"예"라고 답한 경우, 당사자(또는 당사자들)의 이름과 주소를 기재하십시오.

5. 변호사를 보유한 경우 다음 정보를 기재하십시오.
변호사 이름 및 주소 _____ 전화번호: _____

6. 부상에 대한 합의금을 받았습니까? 예 아니요
'예'라고 답한 경우, 다음 사항 기재: 합의금(\$) _____ 합의일: _____

7. 본인의 보험 또는 건강 보험 이외의 의료 비용 지급을 받았습니까? 예 아니요
'예'라고 답한 경우, 다음 사항 기재해 주십시오 보험사 또는 지불하는 다른 당사자의 이름 및 주소 _____

자동차 사고 -이 섹션을 작성하고 **MV-104**, 사고 보고서 또는 경찰 사고 신고서를 첨부하십시오.

8. 귀하는 무과실 책임 보험 급여를 청구/수령하고 있거나 그렇게 할 의사가 있습니까? 예 아니요
영업용 차량이 관련되었습니까? 예 아니요 '예'라고 답한 경우, 제3자 소송을 취하고 있습니까? 예 "아니요"라고 답한 경우, 자세히 설명하십시오.
설명: _____

제3자와 관련된 기타 개인 상해에 대한 손해배상

9. 이 당사자는 그러한 소송에 대해 보험에 가입했습니까? 예 아니요
보험사의 이름 및 주소: _____ 보험 증서 번호 _____

10. 이 사고에 대한 보험에 들었습니까? 예 아니요
'예'라고 답한 경우, 보험사의 이름 및 주소를 기재하십시오 _____ 보험 증서 번호 _____

본인은 이로써 첨부된 진술을 포함하여 앞서 언급한 진술이 본인이 아는 한 사실이며 완전하다는 것을 확인합니다.

청구인 서명: _____ 날짜: _____

