



如果您在就业期间或终止雇佣关系后的四(4)周内或失业超过四(4)周后罹患残障,请使用此表格。请回答A部分的所有问题和B部分的第一至3题。仔细阅读此表格上的所有说明。医疗服务提供者必须填写第2页上B部分的问题。

A部分 一 索赔人信息 (请以正楷填写或直接输入)

- 1. 姓氏: 名字: 中间名首字母缩写:
2. 邮寄地址: 第2行: 城市: 州: 邮编: 国家:
3. 日间联系电话号码: 4. 电子邮箱地址:
5. 社保号: 6. 出生日期: 7. 性别:
8. 我的残障为(如为伤病,请说明发生的方式、时间和地点):
9. 我因伤残而成为残障人士或失去申领失业保险资格的日期为: 我当天在工作: 您是否已从此次伤残中康复? 您在受伤后,是否因工作获得过薪资或利润?

10. 提供您上一位雇主的姓名。如果您在过去八(8)周内的雇主不只有一名,请列出所有雇主的姓名。平均周薪的计算依据为过去八(8)周的所有薪资。

Table with 6 columns: Employer Name/Address/Phone, Start Date, End Date, Average Weekly Wage. Rows for '上一位雇主' and '其他雇主(过去八(8)周内)'.

11. 我的工作为/曾为: 职业 12. 工会成员: 如果“是”: 工会名称或当地编号

13. 您在罹患此残障之前,是否申领/获得过失业保险? 如果您在最后工作日期后未申领失业保险或申领后未领取相关福利,请详述原因:

- 14. 在本申请所涵盖的残障状态期间:
A. 您是否获得薪资、工资或遣散费:
B. 您是否获得或申领:
1. 因工作造成残障的工伤赔偿:
2. 带薪家事假:
3. 无过失机动车辆事故 (勾选方框): 或者涉及第三方的人身伤害 (勾选方框):
4. 《联邦社会安全法案》规定的长期残障福利:

如果您在第14题中的任何一项勾选了“是”,请回答下列问题: 我曾: 获得 申领 从: 时间段为: 至:

15. 在目前残障状态发生前的一年(52周)内,您是否获得过其他时间段的残障福利? 如果“是”,请填写以下信息: 付款方: 从: 至:

16. 在目前残障状态发生前的一年(52周)内,您是否获得过带薪家事假? 如果“是”,请填写以下信息: 付款方: 从: 至:

本人在此申请残障福利,并证明在本申请所注明的时间段内,本人处于残障状态。如果本人发生残障时为失业状态,本人证明本人已失业达四(4)周以上。本人已阅读此表格第2页上的说明。据本人所知,包括任意附加说明在内的上述陈述,均完整且正确无误。

索赔人签名 日期 只有当索赔人尚未成年、有智力缺陷或丧失行为能力时,经法定授权的个人方可代表索赔人签字。如果由索赔人以外的人员签字,请以正楷体填写以下信息,填写并提交表OC-110A,索赔人披露员工赔偿记录的授权。

代表索赔人 地址 与索赔人的关系

B 部分 — 医疗服务提供者的声明 (请以正楷填写或直接输入)

医疗服务提供者的声明必须填写完整。主治医疗服务提供者应完成表格填写,并在收到此表格的七(7)日内将其寄回给索赔人。在第7题的d选项中,您必须给出预估日期。如果引起或导致残障的原因与怀孕有关,请在第9题中注明预估的分娩日期。不完整的回答可能会致使福利金支付延期。

1. 姓氏: _____ 名字: _____ 中间名首字母缩写: _____

2. 性别: 男性 女性 3. 出生日期: ____ / ____ / ____

4. 诊断/分析: _____ 诊断代码: _____

a. 索赔人症状: _____

b. 客观结果: _____

5. 索赔人是否住院治疗? 是 否 从: ____ / ____ / ____ 至: ____ / ____ / ____

6. 是否进行了手术治疗? 是 否 a. 类型 _____ b. 日期 ____ / ____ / ____

7. 填写下列日期	年	月	日
a. 您首次对此残障状态进行治疗的日期			
b. 您最近一次对此残障状态进行治疗的日期			
c. 索赔人因此残障状态而无法工作的日期			
d. 索赔人能够重返工作岗位的日期 (即便有其他考量因素,也请预估日期。避免使用不知道或者不确定之类的回答。)			
e. 如残障状态与怀孕有关,请勾选方框,并填写日期 <input type="checkbox"/> 预估分娩日期或者 <input type="checkbox"/> 实际分娩日期			

8. 在您看来,残障是产生于工作过程中,或因职业疾病而引起的吗?
 是 否 如果“是”,请问是否向委员会提交了表 C-4? 是 否

兹证明,本人为:

_____ (医师、脊椎指压治疗师、牙医、足科医生、心理医生、助产护士)	_____ 执照或证书签发州	_____ 执照编号
_____ 医疗服务提供者的正楷体姓名	_____ 医疗服务提供者的签名	_____ 日期
_____ 医疗服务提供者的地址		_____ 电话号码

索赔人: 请仔细阅读以下说明

请注意: 此表的标注日期和提交日期不得早于您首次发生残障的日期。为确保您的申请得到处理,请务必填写完 **A 部分** 和 **B 部分**。

1. 如果您因就业期间或终止雇佣关系后的四(4)周内罹患残障而填写此表,应在三十(30)天内将填写完成的申请表邮寄至您雇主或前雇主的保险公司。您可通过雇主保险搜索,在工伤赔偿局的网站上找到您雇主的残疾保险公司。

2. 如果您因失业超过四(4)周后罹患残障而填写此表,请将填写好的申请表邮寄至下列地址: **Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau, 328 State Street, Schenectady, NY 12305**。如果您在第14题B选项第3条中的回答为“是”,请填写并随附表 DB-450.1。

如果您对申请残障福利有任何疑问,请致电(800) 353-3092 联系本局的残障福利署。有关更多信息,请访问我们的网站: www.wcb.ny.gov, 或者您可写信给残障福利署,邮寄地址请见上文。

根据《纽约个人隐私保护法》(New York Personal Privacy Protection Law) [《纽约公职人员法》(Public Officers Law) 第 6-A 条] 和《1974 年联邦隐私法》(Federal Privacy Act of 1974) (5 U.S.C. § 552a) 下达的通知。
工伤赔偿局要求索赔人提供个人信息(包括他们的社会安全号码)的权力来自工伤赔偿局依照《工伤赔偿法》(Workers' Compensation Law, WCL) 第 20 条享有的调查权以及依照 WCL 第 142 条享有的行政管理权。收集此信息的目的是协助工伤赔偿局以可能最权宜的方式调查和管理索赔,并帮助其保留准确的索赔记录。向工伤赔偿局提供您的社会安全号码属自愿行为。未在此表上提供您的社会安全号码不会受到任何处罚,也不会导致您的索赔被拒绝或福利减少。工伤赔偿局将会保护其持有的所有个人信息的机密性,只会在促进其执行公务并遵守适用州和联邦法律的情况下披露此类信息

HIPAA 通知 — 为了对工伤赔偿申请或残障福利申请做出判决, WCL 13-a(4)(a) 及 12 NYCRR 325-1.3 要求医疗服务提供者必须定期将治疗报告提交给本局及保险公司或雇主。根据 45 CFR 164.512, 这类法定要求的医疗报告不受 HIPAA 的健康信息披露限制所约束。

信息披露: 未经您同意,工伤赔偿局不会将与个案相关的信息披露给任何未经授权的一方。如果您选择将此类信息披露给未经授权的一方,则必须向工伤赔偿局提交您本人签名的表 OC-110A (申领人披露员工赔偿记录的授权),或签名且经公证的授权书原件。您可以拨打 WCB 办公室的电话,请求给您发送表 OC-110A,或者您也可以通过我们的网站下载,网址为 www.wcb.ny.gov。您可在名为“工伤赔偿局表格一览表”的网页上找到该表格。请将填写完整的授权表邮寄至上述地址。

雇主、承保人、或代表雇主或承包人的任何员工、代理人或个体,针对本章中的任何利益或赔付,以逃避提供此类赔付或利益为目的,在报告、调查或理算期间就材料事实故意做出虚假声明或陈述的,将构成犯罪并受到巨额罚款和监禁。