



귀하가 고용 중에 장애를 입었거나 고용만으로 이후 사(4) 주 내에 장애를 입었거나 사(4) 주 이상 실업 상태가 된 후에 장애를 입은 경우 이 양식을 사용하십시오. 파트 A의 모든 질문과 파트 B의 질문 1-3에 답하십시오. 본 양식의 모든 지침을 주의 깊게 읽으십시오. 의료제공자는 2페이지의 파트 B를 작성하여야 합니다.

파트 A - 청구인의 정보 (정자체로 기재하거나 입력하십시오)

- 1. 성: 이름: 중간 이니셜:
2. 우편 주소 (길과 아파트 번호): 시: 주: 우편번호: 국가:
3. 주간 연락 전화번호: 4. 이메일 주소:
5. 소셜 시큐리티 번호: 6. 생년월일: 7. 성별:
8. 제 장애는 (상해가 있는 경우, 언제, 어디서, 어떻게 상해가 발생했는지 함께 기술하십시오):

- 9. 장애를 입었거나 이 장애로 인해 실업 보험 가입자격을 상실한 날짜:
본인은 해당일에 근무했습니다:
이 장애로부터 회복되었습니까?
귀하는 급여 또는 수익을 위해 계속해서 일하고 있습니까?

10. 마지막 고용주 이름을 기재하십시오. 지난 팔(8) 주 동안 고용주가 한 명 이상인 경우, 모든 고용주의 이름을 기재하십시오. 평균 주급은 지난 팔(8) 주 동안 벌어들인 모든 급여를 기준으로 합니다.

Table with 5 columns: Company Name/Address/Phone, Employment Period (Start/End), Average Weekly Benefit (Bonus, Tip, Commission, etc.), and another Employment Period. It is divided into 'Last Employer' and 'Other Employers (Last 8 Weeks)'.

- 11. 과거/현재 제 직업은 다음과 같습니다:
12. 조합원:
13. 귀하는 이 장애 이전에 실업 보험을 청구/수령 하고 있었습니까?
귀하가 청구하지 않았거나 청구했으나 근무 마지막 날 이후 실업 보험 급여를 받지 못한 경우, 완전한 사유를 설명해 주십시오:

- 14. 본 청구서에 기재된 장애 기간 동안:
A. 귀하는 급여, 임금 또는 해직수당을 수령하고 있습니까?
B. 귀하는 수령 하거나 청구하고 있습니까?
1. 업무와 연계된 장애에 대한 산재보상:
2. 유급 가족 휴가:
3. 무과실 자동차 사고 (상자에 체크):
4. 이 장애에 대한 연방 사회 보장법에 따른 장기 장애 수당:

14의 항목 중 "예"를 체크한 항목이 있을 경우 다음을 작성하십시오:
본인은 수령하였습니다. 청구하였습니다. 지급처: 기간: ~

- 15. 귀하의 현 장애가 시작되기 전 1년(52주) 내에 다른 장애로 인해 장애 수당을 받았습니까?
"예"라고 답한 경우, 다음을 작성해 주십시오: 지급처: 기간: ~
16. 귀하의 장애가 시작되기 전 1년(52주) 내에 유급 가족 휴가를 받았습니까?
"예"라고 답한 경우, 다음을 작성해 주십시오: 지급처: 기간: ~

본인은 이로써 장애 수당을 청구하며 이 청구에 포함된 기간 동안 장애 상태였음을 확인합니다. 실업 상태에서 장애가 시작되었다면, 본인은 사(4)주 이상 실업 상태였음을 확인합니다. 본인은 이 양식의 2페이지에 있는 지침을 읽었으며 첨부된 진술을 포함하여 앞서 언급한 진술이 본인이 아는 한 사실이며 완전하다는 것을 확인합니다.

개인 또는 대리인 서명 날짜
개인은 그럴할 법적 권리가 있고 청구인이 미성년자, 정신적으로 무능력하거나 장애가 있는 경우에만 청구인을 대신하여 서명할 수 있습니다. 청구인이 아닌 사람이 서명하는 경우, 아래 정보를 정자체로 기재하고 청구인의 산재 보상 기록 공개 허가서 OC-110A 양식을 작성하여 제출하십시오.

청구인을 대신하여 주소 청구인과의 관계

**파트 B – 의료제공자의 진술 (정자체로 기재하거나 입력하십시오)**

의료제공자의 진술은 빠짐없이 작성되어야 합니다. 담당 의료 제공자는 이 양식을 수령한 이후 **칠(7)** 일 내에 작성하여 청구인에게 반송해야 합니다. 항목 **7-d**에 대해서는 예상 일자를 기재해야 합니다. 임신에 의해 장애가 발생하거나 임신과 관련하여 장애가 발생한 경우 항목 **9**에 출산 예정일을 기재하십시오. 답변이 완전하지 않으면 수당 지급이 지연될 수 있습니다.

1. 성: \_\_\_\_\_ 이름: \_\_\_\_\_ 중간 이니셜: \_\_\_\_\_
2. 성별:  남성  여성      3. 생년월일: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
4. 진단/분석: \_\_\_\_\_ 진단 코드: \_\_\_\_\_
- a. 청구인의 증상: \_\_\_\_\_
- b. 객관적 소견: \_\_\_\_\_
5. 청구인은 입원했습니까?  예  아니요      기간: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ~ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
6. 수술이 필요합니까?  예  아니요      a. 유형 \_\_\_\_\_      b. 날짜 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

7. 다음 항목에 날짜를 기재하십시오	월	일	연도
a. 본 장애에 대한 최초 치료일			
b. 본 장애에 대한 최근 치료일			
c. 본 장애로 인해 청구인이 일을 할 수 없었던 일자			
d. 청구인이 업무를 다시 수행할 수 있는 일자 (비록 상당한 문제가 존재한다 해도, 날짜를 추산하십시오. 알 수 없음 또는 미확정과 같은 용어는 사용하지 마십시오.)			
e. 임신과 관련된 경우 상자에 체크 표시하고 날짜를 기재하십시오. <input type="checkbox"/> 출산예정일 또는 <input type="checkbox"/> 실제 출산일			

8. 귀하의 견해에 따르면 이 장애가 직업병 또는 고용과정을 통해 발생한 상해의 결과입니까?  
 예  아니요 '예'라고 답한 경우, 산재보상위원회에 양식 **C-4**를 제출했습니까?  예  아니요

본인에 대해 다음과 같은 사항을 확인합니다.

_____ (내과의사, 척추교정의, 치과 의사, 발병전문가, 심리학자, 조산사)	_____ 면허를 취득 또는 공인받은 주	_____ 면허 번호
_____ 의료 제공자 이름(정자체)	_____ 의료제공자 서명	_____ 날짜
_____ 의료제공자 주소	_____ 전화번호	

청구인: 지침을 자세히 읽어 주십시오.

유의 사항: 장애 발생일 이전에 이 양식을 작성하여 제출하지 마십시오. 청구를 처리하려면 파트 **A**와 파트 **B**가 작성 완료되어야 합니다.

1. 귀하가 고용 중에 장애를 입었거나 고용만료 이후 **사(4)** 주 내에 장애를 입었기 때문에 이 양식을 사용하는 경우, 작성한 청구서는 **삼십(30)** 일 내에 귀하의 마지막 고용주 또는 해당 고용주의 보험회사로 우송해야 합니다. 고용주 보장 검색(Employer Coverage Search)을 사용하여 산재보상 위원회의 웹 사이트에서 고용주의 보험 회사를 찾을 수 있습니다.

2. **사(4)** 주 이상 실업 상태가 된 후에 장애를 입었기 때문에 이 양식을 사용하는 경우, 작성한 청구서는 다음 주소로 우송해야 합니다: **Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau, 328 State Street, Schenectady, NY 12305.** 질문 14.B.3에 "예"라고 답한 경우, DB-450.1 양식을 작성하여 첨부하십시오.

장애인 수당 청구에 관한 문의 사항이 있으신 경우, 위원회의 장애 수당국(Disability Benefits Bureau)에 (800) 353-3092번으로 연락하시기 바랍니다. 더 자세한 정보는 위원회 웹 사이트에서 얻을 수 있습니다: [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov)을 방문하시거나 위에 명시된 장애 수당국 주소로 편지를 보낼 수 있습니다.

뉴욕 개인 사생활 보호법(공무원법 제 **6-A** 조) 및 1974년 연방 개인 정보 보호법(5 U.S.C. § 552a)에 의거한 고지 사항.

신청인에게 소셜 시큐리티 번호를 포함, 개인 정보 제공을 요청하는 산재보상 위원회(위원회) 권한은 &nbsp;&nbsp;&nbsp;산재보상법(Workers' Compensation Law, WCL) § 20에 따른 산재보상 위원회의 조사 권한과 WCL § 142에 따른 위원회의 행정 권한에 의거한 것입니다. 이러한 정보를 수집하는 것은 위원회가 최대한 가장 편리한 방식으로 청구를 조사 및 집행하고, 정확한 청구 기록을 유지하는 데 도움이 되기 위함입니다.&nbsp;&nbsp;&nbsp;위원회에 본인의 소셜 시큐리티 번호를 제공하는 것은 자발적 의사에 따릅니다. 이 양식에 소셜 시큐리티 번호를 기재하지 않더라도 불이익은 없으며, 그 결과로 청구가 거부되거나 수당이 감소되지 않습니다.&nbsp;&nbsp;&nbsp;위원회는 관할하는 모든 개인 정보의 기밀성을 보호하며, 공적인 의무를 집행하고 관련 주 및 연방법을 준수하기 위한 경우에 한해 이를 공개합니다.

**HIPAA** 공지 - 산재보상 청구 또는 장애 수당 청구를 판정하기 위해, WCL 13-a(4)(a) 및 12 NYCRR 325-1.3에 의하면 의료 제공자는 위원회와 보험사 또는 고용주에게 치료에 관한 의료진단서를 정기적으로 제출하도록 요구됩니다. 45 CFR 164.512 규정에 의거하여 이와 같이 합법적으로 요청된 의료 진단서는 HIPAA의 건강정보에 대한 제한에서 면제됩니다.

정보의 공개: 위원회는 귀하의 동의 없이 귀하의 케이스에 관한 어떠한 정보도 권한이 없는 당사자에게 공개하지 않을 것입니다. 그러한 정보를 허가받지 않은 자에게 공개하기로 결정한 경우, 서명이 날인된 **OC-110A** 양식 원본, 청구인의 산재보상 기록 공개 허가서 또는 서명 날인 및 공증된 승인서 원본을 위원회에 제출해야 합니다. **OC-110A** 양식은 가까운 **WCB** 사무국에 전화하여 우송 받거나 웹 사이트([www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov))에서 다운로드할 수 있습니다. 해당 양식은 '모든 일반 산재보상 위원회 양식 목록(List of All Common Workers' Compensation Board Forms)' 웹 페이지의 양식(Forms)에서 찾으실 수 있습니다. 작성된 승인 양식을 봉투에 넣어 위에 기재된 주소로 보내주십시오.

지급금 또는 보험금 제공을 피하려는 목적으로 이 장애 따른 모든 보험금 또는 지급금에 대한 청구를 보고, 조사 또는 조정하는 과정에서 중요한 사실에 대해 고의로 허위 진술 또는 항의를 하는 고용주 또는 보험사, 직원, 대리인 또는 고용주 또는 보험사를 대신하는 사람은 유죄가 되며 벌금형이나 구금형을 받을 수 있습니다.