



# Штат Нью-Йорк

## УВЕДОМЛЕНИЕ И ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ЗАЯВКИ НА ПОСОБИЕ ПО НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

Внимательно прочитайте инструкции на странице 2, чтобы избежать задержек в обработке заявления. Вы должны ответить на все вопросы в части А и на вопросы с 1 по 3 в части В. Поставщики медицинских услуг должны заполнить часть В на стр. 2.

### ЧАСТЬ А. СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ (напишите печатными буквами или напечатайте)

1. Фамилия: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_ Средний инициал: \_\_\_\_\_
2. Почтовый адрес (улица, номер квартиры): \_\_\_\_\_  
Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_
3. Номер телефона (в дневное время): \_\_\_\_\_ Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_
4. Номер социального страхования: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 5. Дата рождения: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 6. Пол:  Мужской  Женский
7. Опишите свою нетрудоспособность (если это травма, также укажите, как, когда и где она была получена): \_\_\_\_\_
8. Дата наступления нетрудоспособности: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Вы работали в этот день?:  Да  Нет  
Вы восстановились после этой нетрудоспособности?:  Да  Нет Если вы ответили «Да», укажите дату вашего возвращения к работе: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Вы работали с тех пор, получая заработную плату или прибыль?:  Да  Нет Если вы ответили «Да», укажите даты: \_\_\_\_\_
9. Наименование последнего работодателя перед наступлением нетрудоспособности. Если в течение предыдущих восьми (8) недель вы работали у нескольких работодателей, укажите всех работодателей. Средняя недельная заработная плата определяется на основе всей заработной платы за последние проработанные восемь (8) недель работы.

ПОСЛЕДНИЙ РАБОТОДАТЕЛЬ ДО НАСТУПЛЕНИЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ			ПЕРИОД РАБОТЫ			Средняя недельная заработная плата (включая бонусы, чаевые, комиссионные, разумную эквивалентную стоимость питания, проживания и т. п.)		
Название компании или коммерческое наименование	Адрес	Номер телефона	Первый день				Последний проработанный день	
			Месяц	День	Год	Месяц	День	Год
ДРУГОЙ РАБОТОДАТЕЛЬ (в течение последних восьми (8) недель)			ПЕРИОД РАБОТЫ			Средняя недельная заработная плата (включая бонусы, чаевые, комиссионные, разумную эквивалентную стоимость питания, проживания и т. п.)		
Название компании или коммерческое наименование	Адрес	Номер телефона	Первый день				Последний проработанный день	
			Месяц	День	Год	Месяц	День	Год
			Месяц	День	Год	Месяц	День	Год

10. Моя работа (тогда или сейчас): \_\_\_\_\_ Род занятий \_\_\_\_\_ 11. Член профсоюза:  Да  Нет Если вы ответили «Да»: \_\_\_\_\_ Название профсоюза или местный номер \_\_\_\_\_
  12. Вы запрашивали или получали пособие по безработице до наступления этой нетрудоспособности?  Да  Нет  
Если вы **не** запрашивали или если запрашивали, но **не** получили страховое пособие по безработице *после* ПОСЛЕДНЕГО ПРОРАБОТАННОГО ДНЯ, подробно объясните причины: \_\_\_\_\_  
Если вы получали пособие по безработице, укажите все периоды выплаты пособия: \_\_\_\_\_
  13. За период нетрудоспособности, покрываемый данной заявкой:
    - А. Вы получаете заработную плату, клад или выходное пособие?  Да  Нет
    - В. Вы получаете или запрашиваете:
      1. Пособие по безработице?  Да  Нет
      2. Оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам?  Да  Нет
      3. Компенсацию работнику за нетрудоспособность, связанную с работой?  Да  Нет
      4. Пособие в связи с дорожно-транспортным происшествием (при отсутствии нарушений)?  Да  Нет **или** травма с участием третьей стороны?  Да  Нет
      5. Долгосрочное пособие по нетрудоспособности согласно Закону Federal Social Security Act за эту нетрудоспособность?  Да  Нет
- ЕСЛИ ВЫБРАН ВАРИАНТ «ДА» В ЛЮБОМ ПУНКТЕ В РАЗДЕЛЕ 13, ЗАПОЛНИТЕ СЛЕДУЮЩЕЕ:**  
Я:  получал(а)  запрашивал(а) с: \_\_\_\_\_ за период: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ по: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
14. В течение года (52 недель) до наступления нетрудоспособности вы получали пособие по нетрудоспособности за другие периоды нетрудоспособности?  Да  Нет  
Если вы ответили «Да», кто оплачивал: \_\_\_\_\_ с: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ по: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
  15. В течение года (52 недель) до наступления нетрудоспособности вы получали оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам?  Да  Нет  
Если вы ответили «Да», кто оплачивал: \_\_\_\_\_ с: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ по: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
  16. Если нетрудоспособность наступила во время вашей работы или в течение четырех недель после вашего последнего проработанного дня, ваш работодатель обеспечил вам ваши права по закону Disability Law в течение 5 дней с момента вашего уведомления или запроса форм о нетрудоспособности?  Да  Нет

Настоящим я прошу предоставить мне пособие по нетрудоспособности и подтверждаю, что в течение периода, охватываемого данной заявкой, у меня имелась нетрудоспособность, что мной прочитаны инструкции на странице 2 данной формы и что вышеизложенные утверждения, включая все сопутствующие заявления, в меру моих знаний, являются верными и полными.

Подпись заявителя \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
Другое лицо может поставить подпись от имени заявителя только в том случае, если оно имеет на это юридические полномочия и заявитель является несовершеннолетним, невенчанным или недееспособным. Если данная форма подписана не заявителем, распечатайте информацию ниже и заполните и отправьте форму ОС-110А «Разрешение заявителя на раскрытие своего досье по компенсации».

От имени заявителя \_\_\_\_\_ Адрес \_\_\_\_\_ Степень родства с заявителем \_\_\_\_\_

**ЧАСТЬ В. ЗАЯВЛЕНИЕ ПОСТАВЩИКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ** (напишите печатными буквами или напечатайте)

**ЗАЯВЛЕНИЕ ПОСТАВЩИКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ДОЛЖНО БЫТЬ ЗАПОЛНЕНО ПОЛНОСТЬЮ. ОТВЕТСТВЕННЫЙ ПОСТАВЩИК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ДОЛЖЕН ЗАПОЛНИТЬ ЭТУ ФОРМУ И ВЕРНУТЬ ЕЕ ЗАЯВИТЕЛЮ В ТЕЧЕНИЕ СЕМИ (7) ДНЕЙ ПОСЛЕ ЕЕ ПОЛУЧЕНИЯ.** В пункте 7-d необходимо указать предполагаемую дату. Если нетрудоспособность вызвана беременностью или возникла в связи с ней, укажите предполагаемую дату родов в пункте 7-е. **НЕПОЛНЫЕ ОТВЕТЫ МОГУТ ПРИВЕСТИ К ЗАДЕРЖКЕ ВЫПЛАТЫ ПОСОБИЯ.**

1. Фамилия: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_ Средний инициал: \_\_\_\_\_  
 2. Пол:  Мужской  Женский 3. Дата рождения: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 4. Диагноз/Анализ: \_\_\_\_\_ Код диагноза: \_\_\_\_\_  
 а. Симптомы заявителя: \_\_\_\_\_  
 б. Объективные результаты: \_\_\_\_\_  
 5. Заявитель госпитализирован?:  Да  Нет С: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ По: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 6. Планируется операция?:  Да  Нет а. Тип \_\_\_\_\_ б. Дата \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

7. УКАЖИТЕ СЛЕДУЮЩИЕ ДАТЫ	МЕСЯЦ	ДЕНЬ	ГОД
а. Дата назначения вами первого лечения в связи с этой нетрудоспособностью			
б. Дата назначения вами самого недавнего лечения в связи с этой нетрудоспособностью			
с. Дата, когда Заявитель не смог работать из-за этой нетрудоспособности			
д. Дата, когда Заявитель снова сможет выполнить работу (даже если имеются большие сомнения, укажите приблизительную дату; избегайте слов «неизвестный», «неопределенный» и т. п.)			
е. Если это связано с беременностью, поставьте отметку в поле и укажите дату <input type="checkbox"/> предполагаемую дату родов ИЛИ <input type="checkbox"/> фактическую дату родов			

8. По вашему мнению, эта нетрудоспособность наступила в результате травмы, возникшей вследствие или во время работы или профессионального заболевания?  
 Да  Нет Если выбран ответ «Да», подана ли в Совет заявка по форме С-4?  Да  Нет

**Я подтверждаю, что я:**

(врач, мануальный терапевт, стоматолог, ортопед, психолог, медсестра-акушерка)	Лицензирован или сертифицирован в штате	Номер лицензии
Имя поставщика медицинских услуг (печатными буквами)	Подпись поставщика медицинских услуг	Дата
Адрес поставщика медицинских услуг	Телефон	

**ВАЖНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ ДЛЯ ЗАЯВИТЕЛЕЙ: ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧИТАЙТЕ ЭТИ ИНСТРУКЦИИ**

**ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ: Не ставьте дату и не подавайте эту форму ранее первой даты наступления нетрудоспособности. Заявка будет обработана, только если заполнены части А и В.**

1. Если вы заполняете эту форму, потому что вы получили нетрудоспособность во время работы или получили нетрудоспособность в течение четырех (4) недель после увольнения, ваша заполненная заявка должна быть отправлена по почте в течение тридцати (30) дней после наступления нетрудоспособности вашему работодателю или в страховую компанию вашего работодателя. Информацию о страховщике по нетрудоспособности вашего работодателя можно узнать на сайте Workers' Compensation Board ([www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov)) при помощи функции «Employer Coverage Search».

2. Если вы заполняете эту форму, потому что вы получили нетрудоспособность, будучи безработным в течение более четырех (4) недель, ваша заполненная заявка ДОЛЖНА быть отправлена по почте по адресу: **Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029.** Если вы ответили «Да» на вопрос 13.В.3, заполните и приложите форму DB-450.1.

Если вы не получите ответ в течение 45 дней или у вас возникнут вопросы относительно вашей заявки на получение пособия по нетрудоспособности, обратитесь в страховую компанию вашего работодателя. Для получения общей информации о пособиях по нетрудоспособности посетите сайт [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov) или позвоните в Disability Benefits Bureau Совета по телефону (877) 632-4996.

**Уведомление согласно закону штата Нью-Йорк "О защите и неприкосновенности частной жизни" (Закон о государственных служащих, статья 6-А) и Федеральному закону о неприкосновенности частной жизни 1974 года (5 Свод законов США § 552a).** Полномочия Совета Workers' Compensation Board (или кратко «Совета») запрашивать у заявителей личную информацию, включая номер социального страхования, основаны на полномочиях Совета проводить расследования согласно § 20 Закона о компенсациях работникам (Workers' Compensation Law, WCL) и административных полномочиях согласно § 142 WCL. Данная информация собирается для содействия Управлению в наиболее оперативном расследовании, администрировании и регистрации заявлений. Предоставление вашего номера социального страхования сотрудникам Управления не является обязательным. Штраф за непредоставление вашего номера социального страхования в данном бланке не предусмотрен; это не приведет к отказу по вашему заявлению или сокращению выплат. Совет обеспечивает защиту конфиденциальности всей личной информации, которая находится в его распоряжении, и раскрывает ее исключительно при исполнении своих официальных обязанностей и в соответствии с местным и федеральным законодательством

**УВЕДОМЛЕНИЕ HIPAA.** Чтобы принять решение по заявке на выплату компенсации работнику или пособия по нетрудоспособности, согласно разделам 13-а(4)(а) WCL и 12 NYCRR 325-1.3 требуется, чтобы поставщики медицинских услуг регулярно отправляли медицинские отчеты о лечении в Совет и в страховую компанию или работодателю. В соответствии с 45 CFR 164.512 на эти обязательные медицинские отчеты не распространяются ограничения HIPAA, связанные с раскрытием медицинской информации.

**Раскрытие информации.** Совет не раскрывает никакую информацию о вашем досье никакой неуполномоченной стороне без вашего согласия. Если вы хотите, чтобы такая информация была раскрыта неуполномоченной стороне, вы должны предоставить в Совет оригинал подписанной формы ОС-110А «Разрешение заявителя на раскрытие своего досье по компенсации». Чтобы получить эту форму, посетите сайт WCB ([www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov)) или нажмите на ссылку «Forms» (Формы). Если у вас нет доступа к Интернету, позвоните по телефону (877) 632-4996 или посетите ближайший Центр обслуживания клиентов, чтобы получить экземпляр формы. Вместо формы ОС-110А можно также отправить оригинал подписанного и нотариально заверенного письма о подтверждении полномочий. Работодатель (или страховщик) или любой сотрудник, агент или лицо, действующее от имени работодателя или страховщика, которое УМЫШЛЕННО ДЕЛАЕТ ЛОЖНОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ ИЛИ ЗАВЕРЕНИЕ относительно существенного факта в рамках предоставления отчетов, расследования или корректировки заявки для любого пособия или выплаты в соответствии с настоящим разделом с целью недопущения предоставления такой выплаты или пособия, СЧИТАЕТСЯ ВИНОВНЫМ В ПРЕСТУПЛЕНИИ, ЗА СОВЕРШЕНИЕ КОТОРОГО ПРЕДУСМОТРЕНЫ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ШТРАФЫ И ТЮРЕМНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ.