



Штат Нью-Йорк

**УВЕДОМЛЕНИЕ И ОБОСНОВАНИЕ ЗАЯВКИ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОСОБИЯ ПО
НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ (NOTICE AND PROOF OF CLAIM FOR DISABILITY BENEFITS)**

Заполните эту форму, если Вы утратили трудоспособность в период работы по найму, или в течение 4 (четырёх) недель после увольнения, ИЛИ в период безработицы продолжительностью более 4 (четырёх) недель. Ответьте на все вопросы в Разделе А и на вопросы 1-3 в Разделе В. Внимательно прочитайте все указания по заполнению этой формы. Поставщики медицинских услуг должны заполнить Раздел В на странице 2.

РАЗДЕЛ А: ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ (напечатайте или заполните печатными буквами)

1. Фамилия: _____ Имя: _____ Инициал второго имени _____
2. Почтовый адрес: _____ Строка 2: _____
Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____ Страна: _____
3. Телефон для связи в дневное время: _____ 4. Адрес эл. почты: _____
5. Номер социального обеспечения: ___ - ___ - ___ 6. Дата рождения: ___ - ___ - ___ 7. Пол: Мужской Женский
8. Моя нетрудоспособность (если это травма, также укажите, как, когда и где она произошла): _____

9. Я утратил(а) трудоспособность или право на страхование на случай безработицы по причине нетрудоспособности, наступившей: ___ / ___ / ___
Я работал(а) в тот день: Да Нет
Вы восстановили трудоспособность? Да Нет Если «Да», укажите дату, с которой Вы были способны работать: ___ / ___ / ___
Вы работали с тех пор за заработную плату или прибыль? Да Нет Если «Да», укажите даты: _____

10. Укажите название последнего работодателя. Если за последние 8 (восемь) недель было несколько работодателей, необходимо указать всех. Средняя недельная заработная плата определяется исходя из всех сумм заработной платы за последние 8 (восемь) недель работы.

ПОСЛЕДНИЙ РАБОТОДАТЕЛЬ			ПЕРИОД ТРУДОУСТРОЙСТВА		Средняя недельная заработная плата (включая премии, чаевые, комиссионные, разумную стоимость питания, арендную плату и т. д.)
Название фирмы или предприятия	Адрес	Телефон	Первый день	Последний день работы	
			Месяц День, год	Месяц День, год	
ДРУГОЙ РАБОТОДАТЕЛЬ (в течение последних 8 (восьми) недель)			ПЕРИОД ТРУДОУСТРОЙСТВА		Средняя недельная заработная плата (включая премии, чаевые, комиссионные, разумную стоимость питания, арендную плату и т. д.)
Название фирмы или предприятия	Адрес	Телефон	Первый день	Последний день работы	
			Месяц День, год	Месяц День, год	
			Месяц День, год	Месяц День, год	

11. Моя работа (сейчас или в прошлом): _____ 12. Членство в профсоюзе: Да Нет Если «Да»: _____
Род занятий _____ Название профсоюза или местный номер _____

13. Вы обращались за получением/получали пособие по безработице до наступления этой нетрудоспособности? Да Нет
Если Вы **не** обращались за получением или обращались, но **не** получили страховое пособие по безработице после ПОСЛЕДНЕГО ДНЯ РАБОТЫ, дайте полное объяснение причин: _____

14. За период нетрудоспособности, к которому относится это заявление:
А. Вы **получаете** заработную плату, оклад или выходное пособие? Да Нет
В. Вы **получаете** или **обращаетесь за получением** следующего?
1. Компенсация работникам за нетрудоспособность, наступившую в связи с исполнением трудовых обязанностей: Да Нет
2. Оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам: Да Нет
3. Компенсация за дорожно-транспортное происшествие без виновника (отметьте пункт): Да Нет
или травму с участием третьего лица (отметьте пункт): Да Нет
4. Пособие по длительной нетрудоспособности по Федеральному закону о социальном обеспечении (Federal Social Security Act) в связи с данной нетрудоспособностью: Да Нет

ЕСЛИ ВЫ ОТВЕТИЛИ «ДА» НА КАКОЙ-ЛИБО ВОПРОС ПУНКТА 14, ЗАПОЛНИТЕ СЛЕДУЮЩЕЕ:

- Я: получил(а) подал(а) заявление с: _____ за период: ___ / ___ / ___ по: ___ / ___ / ___
15. Получали ли Вы пособие по нетрудоспособности за другие периоды нетрудоспособности в течение года (52 недели) до наступления Вашей нетрудоспособности? Да Нет
Если да, укажите следующую информацию. Источник выплат: ___ с: ___ / ___ / ___ по: ___ / ___ / ___
16. Вы получали оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам в течение года (52 недели) до наступления Вашей нетрудоспособности? Да Нет
Если да, укажите следующую информацию. Источник выплат: ___ с: ___ / ___ / ___ по: ___ / ___ / ___

Настоящим я прошу предоставить мне пособие по нетрудоспособности и заявляю о своей нетрудоспособности в течение периода, к которому относится заявление. Если моя нетрудоспособность наступила в течение периода моей безработицы, я заявляю, что его продолжительность была более 4 (четырёх) недель. Я прочитал(а) указания на стр. 2 этой формы и заявляю, что приведенные выше утверждения, включая любые мои сопроводительные заявления, являются, насколько мне известно, достоверными и полными.

Подпись Заявителя _____ Дата _____
Другое лицо может поставить подпись вместо заявителя только в том случае, если оно по закону имеет соответствующие полномочия, а заявитель является несовершеннолетним, невенчанным или недееспособным. Если настоящий документ подписан не заявителем, необходимо вписать ниже соответствующую информацию и приложить форму ОС-110А «Разрешение заявителя на раскрытие данных о компенсации работникам» (Claimant's Authorization to Disclose Workers' Information and Attach Form OS-110A).
От имени Заявителя _____ Адрес _____ Кем приходится Заявителю _____

РАЗДЕЛ В. ЗАЯВЛЕНИЕ ПОСТАВЩИКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (напечатайте или заполните печатными буквами)

ЗАЯВЛЕНИЕ ПОСТАВЩИКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ДОЛЖНО БЫТЬ ЗАПОЛНЕНО ПОЛНОСТЬЮ. ПОСТАВЩИК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ДОЛЖЕН ЗАПОЛНИТЬ ЭТУ ФОРМУ И ВЕРНУТЬ ЕЕ ЗАЯВИТЕЛЮ В ТЕЧЕНИЕ 7 (СЕМИ) ДНЕЙ ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ. В п. 7-d необходимо указать предполагаемую дату. Если нетрудоспособность вызвана беременностью или возникает в связи с ней, в п. 9 следует указать предполагаемую дату родов. **НЕПОЛНОТА ОТВЕТОВ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ЗАДЕРЖКЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПОСОБИЯ.**

1. Фамилия: _____ Имя: _____ Инициал второго имени _____

2. Пол: Мужской Женский 3. Дата рождения: ___ / ___ / ___

4. Диагноз/анализ: _____ Код диагноза: _____

a. Симптомы, наблюдаемые у Заявителя: _____

b. Объективные данные: _____

5. Заявитель госпитализирован? Да Нет С: ___ / ___ / ___ По: ___ / ___ / ___

6. Операция требуется? Да Нет a. Тип _____ b. Дата ___ / ___ / ___

7. УКАЗАТЬ ДАТЫ:	МЕСЯЦ	ДЕНЬ	ГОД
a. Дата Вашего первого курса лечения в связи с данной нетрудоспособностью			
b. Дата Вашего последнего курса лечения в связи с данной нетрудоспособностью			
c. Дата, в которую Заявитель не мог работать по причине данной нетрудоспособности			
d. Дата, в которую Заявитель снова сможет работать (Укажите предполагаемую дату, даже при значительной неопределенности. Не используйте такие термины, как «неизвестно» или «не установлено»).			
e. Если связано с беременностью, отметьте пункт и укажите дату: <input type="checkbox"/> предполагаемая дата родов ИЛИ <input type="checkbox"/> фактическая дата родов			

8. Считаете ли Вы, что нетрудоспособность является результатом травмы, полученной вследствие или в процессе работы, или профессионального заболевания?

Да Нет Если да, была ли форма C-4 подана в Совет? Да Нет

Я подтверждаю, что являюсь:

(врачом-терапевтом, мануальным терапевтом, стоматологом, педиатром, психологом, акушеркой)	с лицензией или сертификатом в штате	Номер лицензии
Фамилия поставщика медицинских услуг (печатными буквами)	Подпись поставщика медицинских услуг	Дата
Адрес поставщика медицинских услуг	Телефон:	

ЗАЯВИТЕЛЮ: ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧИТАЙТЕ ЭТИ УКАЗАНИЯ

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ! Не указывайте дату и не представляйте эту форму до первой даты нетрудоспособности. Ваше заявление будет рассмотрено только при условии, что заполнены Разделы А и В.

1. Если Вы заполняете эту форму, потому что утратили трудоспособность **во время работы по найму или в течение 4 (четырёх) недель после увольнения**, Ваше заполненное заявление должно быть отправлено по почте **в течение 30 (тридцати) дней** Вашему работодателю или страховщику Вашего последнего работодателя. Чтобы узнать, с каким страховщиком по потере трудоспособности работает Ваш работодатель, зайдите на веб-сайт Совета по компенсациям работникам и выберите «Поиск страховщика работодателя» (Employer Coverage Search).

2. Если Вы заполняете эту форму, потому что утратили трудоспособность **после того, как были без работы дольше 4 (четырёх) недель**, Ваше заполненное заявление должно быть отправлено по почте на адрес: **Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau, 328 State Street, Schenectady, NY 12305**. Если вы ответили «Да» на вопрос 14.В.3, заполните и приложите форму DB-450.1.

Если вас есть вопросы в связи с подачей заявления на пособие по нетрудоспособности, обратитесь в Бюро пособий по нетрудоспособности (Disability Benefits Bureau) Совета по телефону (800) 353-3092. Более подробную информацию см. на веб-сайте Совета: www.wcb.ny.gov; кроме того, Вы можете написать в Бюро пособий по нетрудоспособности по указанному выше адресу.

Уведомление в соответствии с Законом Нью-Йорка о защите конфиденциальности персональных данных (New York Personal Privacy Protection Law) (Статья 6-A Закона о государственных служащих (Public Officers Law)) и Федеральным законом о конфиденциальности (Federal Privacy Act) 1974 г. (§ 552a раздела 5 Свода Законов США). Право Совета по компенсациям работникам (далее – Совета) требовать, чтобы заявители предоставили персональную информацию, в том числе свой номер социального обеспечения, следует из полномочий Совета на проведение расследований по § 20 Закона о компенсациях работникам (Workers' Compensation Law, WCL) и его административных полномочий по § 142 WCL. Сбор этой информации осуществляется, чтобы помочь Совету наиболее эффективно расследовать и обрабатывать заявления, а также вести их точный учет. Предоставление Совету номера социального обеспечения является абсолютно добровольным. В случае если Вы откажетесь указать свой номер социального обеспечения в этой форме, Вы не понесете никакого наказания; это не приведет к отказу в рассмотрении вашего заявления или же к сокращению пособия. Совет обязуется соблюдать конфиденциальность всей персональной информации, которую он получает, раскрывая ее исключительно в рамках выполнения своих официальных обязанностей и в соответствии с применимыми федеральными законами и законами штата.

УВЕДОМЛЕНИЕ ПО ЗАКОНУ HIPAA. В целях принятия решений по заявлениям на компенсацию работникам или пособие по нетрудоспособности статья 13-a(4)(a) WCL и статья 325-1.3 Раздела 12 Свода нормативных актов Нью-Йорка (NYCRR) обязывают поставщиков медицинских услуг регулярно представлять отчеты о лечении в Совет и страховую компанию или работодателю. В соответствии со статьей 164.512 Раздела 45 Свода федеральных нормативных актов (CFR) ограничения, установленные законом HIPAA на раскрытие медицинской информации, не распространяются на эти требуемые по закону медицинские отчеты.

Раскрытие информации. Совет не будет передавать неуполномоченным лицам информацию о Вашем деле без Вашего согласия. Если Вы решите раскрыть такую информацию неуполномоченному лицу, Вы должны представить в Совет оригинал подписанной формы OC-110A «Разрешение заявителя на раскрытие данных о компенсациях работникам» (Claimant's Authorization to Disclose Workers' Compensation Records) или оригинал подписанного и нотариально заверенного письменного разрешения. Вы можете позвонить в местное отделение WCB и попросить, чтобы форму OC-110A выслали Вам по почте, или загрузить ее с нашего веб-сайта www.wcb.ny.gov. Ее можно найти в разделе «Forms» (Формы) на веб-странице «Перечень всех обычных форм Совета по компенсациям работникам» (List of All Common Workers' Compensation Board Forms). Отправьте заполненную форму разрешения по указанному выше адресу.

Работодатель, страховщик, любой работник, агент или лицо, действующее от имени работодателя либо страховщика, которые ДЕЛАЮТ ЗАВЕДОМО ЛОЖНОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ ИЛИ УТВЕРЖДЕНИЕ о существенном факте в ходе предоставления информации, расследования или урегулирования заявления на какое-либо пособие или выплату по настоящему разделу с целью избежать предоставления такой выплаты или такого возмещения, ВИНОВНЫ В СОВЕРШЕНИИ ПРЕСТУПЛЕНИЯ, НАКАЗУЕМОГО СУЩЕСТВЕННЫМИ ШТРАФАМИ И ЛИШЕНИЕМ СВОБОДЫ.