Штат Нью-Йорк
СОВЕТ ПО КОМПЕНСАЦИЯМ РАБОТНИКАМ

РЕГИСТРАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ И ТРАНСПОРТНЫХ РАСХОДОВ ЗАЯВИТЕЛЯ И ЗАПРОС НА ВОЗМЕЩЕНИЕ

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ	НОМЕР ДЕЛА WCB	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ	ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ)	

В связи с вышеуказанным делом о компенсации работнику вы имеете право на возмещение расходов за 1) медикаменты и материалы, надлежащим образом прописанные вам вашим поставщиком медицинских услуг, которые вы оплатили самостоятельно, и за 2) оплату проезда, пробег автомобиля или иные необходимые расходы на проезд до кабинета вашего поставщика медицинских услуг или больницы и обратно.

Эта форма поможет вам учитывать такие расходы. Чтобы обеспечить правильную компенсацию всех расходов, укажите ниже все пункты расходов независимо от того, получили ли вы чек (по возможности старайтесь получать чеки). **Отправьте заполненную форму и копии всех чеков и счетов страховщику по компенсациям работникам (или вашему самозастрахованному работодателю) и в Совет по компенсациям работникам.** (Адрес Совета см. на обороте.) Рекомендуется сохранять у себя копии чеков и счетов для контроля.

ВИД РАСХОДОВ	ДАТА	СУММА

Продолжение на обороте.

ВИД РАСХОДОВ	ДАТА	СУММА

NYS Workers' Compensation Board
Centralized Mailing
PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5205

Адрес для подачи по электронной почте: wcbclaimsfiling@wcb.ny.gov