NEW YORK STATE | Workers' Compensation Board

Соглашение об отказе согласно разделу 32 Подтверждение заявителя

Имя и фамилия заявителя (печатными буквами)	Номер(-а) дела (дел) WCB
Текущий адрес заявителя	

После ознакомления с Соглашением об отказе согласно разделу 32 и его подписания заявитель должен заполнить данный документ. Чтобы ускорить процесс обработки Соглашения, этот документ следует отправить по электронной почте в отдел Совета по работе со страховыми требованиями (*wcbclaimsfiling@wcb.ny.gov*) или на централизованный почтовый адрес Совета (PO Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205) вместе с *Соглашением об отказе согласно разделу 32 (форма C-32)*. Более подробную информацию о процессе рассмотрения Соглашений об отказе согласно разделу 32 см. ниже.

Примечание. Вы отказываетесь от своего права на получение компенсаций работникам в будущем. Важно, чтобы вы прочитали и поняли информацию, приведенную ниже.

1. Рассмотрение и утверждение. Совет рассмотрит Соглашение об отказе согласно разделу 32 и определит, можно ли его утвердить без проведения слушания. Если Совет посчитает, что Соглашение может быть утверждено без проведения слушания, предлагаемое решение будет отправлено всем сторонам с указанием даты, когда Соглашение будет считаться поданным, а также даты, с которой Соглашение будет считаться окончательно утвержденным, если ни одна сторона не откажется от заключения Соглашения. Если Совет посчитает, что, прежде чем утвердить Соглашение, требуется проведение слушания, все стороны получат уведомление с указанием времени, даты и места проведения слушания. Соглашение будет считаться поданным с даты проведения слушания. После слушания, если ни одна сторона не откажется от заключения Соглашения, стороны получат уведомление о решении, в котором будет указано, что Совет утвердил Соглашение.

2. Право на отказ от Соглашения. Все стороны данного Соглашения могут отказаться от него в течение 10 (десяти) календарных дней с даты, когда Соглашение об отказе согласно разделу 32 было подано на рассмотрение в Совет.

3. Чек об оплате. Если ни одна из сторон не подала письменное уведомление об отказе от Соглашения, страховая компания обязана отправить вам чек об оплате в течение 10 (десяти) календарных дней с даты окончательного утверждения данного Соглашения.

4. Штраф. Если страховая компания не отправит вам чек об оплате в течение 10 (десяти) календарных дней (согласно дате на почтовом штемпеле) с даты окончательного утверждения данного Соглашения, вы можете обратиться в Совет, чтобы страховой компании был начислен штраф.

5. Окончательность и обязательность Соглашения. Обратите внимание, что данное Соглашение становится окончательным и обязательным для всех заинтересованных сторон, если прошло 10 (десять) дней с даты подачи Соглашения на рассмотрение и если Соглашение было утверждено Советом.

6. Внесение изменений. Если Совет предоставил уведомление об утверждении Соглашения об отказе согласно разделу 32, настоящее Соглашение может быть изменено только по согласию всех заинтересованных сторон и после утверждения изменений Советом.

7. Медицинские расходы. Если Соглашение не предусматривает получение медицинских льгот в будущем, вы будете нести ответственность за оплату любых будущих медицинских расходов, связанных с вашим требованием.

8. Обращения в Совет. Во всех обращениях в Совет следует указывать свой номер дела WCB.

9. Medicare Set-Aside. Если вы отказались от своего права на текущее медицинское обслуживание в рамках Соглашения об отказе согласно разделу 32, вам следует учитывать интересы программы Medicare. В противном случае вы подвергаете риску свое право на льготы Medicare в будущем для лечения ваших производственных травм. При необходимости интересы программы Medicare можно учесть, включив положение о выделении средств в рамках программы Medicare (Medicare Set-Aside) в соглашение об урегулировании требований о выплате компенсации работнику. Medicare Set-Aside представляет собой часть общей суммы урегулирования, которая считается достаточной для оплаты в будущем расходов на лечение, связанное с производственной травмой. Руководство относительно необходимости Medicare Set-Aside, а также относительно расчета и администрирования выплат компенсаций работникам в рамках Medicare Set-Aside было разработано и предоставлено Центрами по обслуживанию Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Я, _____, понимаю, что мной были урегулированы все страховые требования и будущие требования, указанные в Соглашении об отказе согласно разделу 32, заключенном между мной, страховой компанией и (или) работодателем, и что после утверждения Соглашения Светом и по прошествии периода ожидания продолжительностью 10 (десять) дней страховые требования не могут быть снова открыты Советом, мной, работодателем, страховой компанией или любой другой заинтересованной стороной.

Пожалуйста, ответьте на приведенные ниже вопросы. Поставьте отметку в поле «Да» или «Нет» возле каждого вопроса.

1. Понимаете ли вы, что любая сторона, участвующая в Соглашении об отказе согласно разделу 32, может отказаться от его заключения до того момента, когда Соглашение будет окончательно утверждено? Это означает, что любая сторона, которая хочет отказаться от заключения Соглашения, должна сделать это в письменной форме. Письменное уведомление об отказе от Соглашения ДОЛЖНО быть получено Советом в течение 10 (десяти) календарных дней с даты, когда Соглашение было подано на рассмотрение в Совет. (Если «Нет», объясните ниже.) ☐ Да ☐ Нет

2. Понимаете ли вы, что, если письменное уведомление об отказе от Соглашения об отказе согласно разделу 32 не будет получено Советом в течение 10 (десяти) календарных дней с даты, когда Соглашение было подано на рассмотрение в Совет, Соглашение станет окончательным и обязательным для всех сторон и его нельзя будет обжаловать? Это означает, что после того, как Соглашение будет окончательно утверждено, стороны Соглашения не смогут оспорить условия Соглашения и Совет больше не будет его пересматривать. (Если «Нет», объясните ниже.) ☐ Да ☐ Нет

3. Понимаете ли вы, что после того, как Соглашение об отказе согласно разделу 32 будет окончательно утверждено, в Соглашение могут быть внесены изменения только по письменному запросу, который должен быть подписан всеми заинтересованными сторонами и утвержден Советом? Это означает, что изменения могут быть внесены в Соглашение после его окончательного утверждения, только если все заинтересованные стороны будут с ними согласны и подпишут запрос и этот письменный запрос будет утвержден Советом. (Если «Нет», объясните ниже.) ☐ Да ☐ Нет

4. Понимаете ли вы, что вы не обязаны урегулировать свое страховое требование? (Если «Нет», объясните ниже.) ☐ Да ☐ Нет

5. Понимаете ли вы, что если вы заключили Соглашение об отказе согласно разделу 32 и Соглашение не предусматривает получение медицинских льгот в будущем, вы будете нести ответственность за оплату любых будущих медицинских расходов, связанных с вашим делом? Это означает, что, например, если в будущем ваше здоровье ухудшится или вам потребуется хирургическая операция, страховая компания не даст разрешение на оплату и не оплатит какие-либо виды лечения, лекарственные препараты или операции. (Если «Нет», объясните ниже.) ☐ Да ☐ Нет

6. Если в настоящее время вы получаете еженедельные выплаты, знаете ли вы о том, что эти выплаты прекратятся? (Если «Нет», объясните ниже.) ☐ Да ☐ Нет

7. Понимаете ли вы, что после того, как Соглашение об отказе согласно разделу 32 будет окончательно утверждено, ваше дело нельзя будет снова открыть для решения каких-либо проблем, которые были урегулированы Соглашением? (Если «Нет», объясните ниже.) ☐ Да ☐ Нет

8. Вы согласны с суммой компенсации и понимаете ли вы, что она была предложена в качестве окончательного урегулирования проблем по вашему делу? (Если «Нет», объясните ниже.) ☐ Да ☐ Нет

9. Понимаете ли вы, что любые невыплаченные суммы на содержание ребенка будут полностью вычтены из компенсации и могут быть равны сумме компенсации по Соглашению об отказе согласно разделу 32? (Если «Нет», объясните ниже.) ☐ Да ☐ Нет

10. Понимаете ли вы, что после того, как Соглашение об отказе согласно разделу 32 будет окончательно утверждено и станет обязательным, страховая компания должна будет выслать чек об оплате в течение 10 (десяти) календарных дней (если ни одна сторона не откажется от заключения Соглашения)? Это означает, что, если страховая компания не отправит вам чек об оплате в течение 10 (десяти) календарных дней (согласно дате на почтовом штемпеле) с даты окончательного утверждения данного Соглашения (включительно), вы можете обратиться в Совет, чтобы страховой компании был начислен штраф. Если 10-й (десятый) день придется на субботу, воскресенье или официальный праздничный день, страховая компания должна выслать вам чек на следующий рабочий день. (Если «Нет», объясните ниже.) ☐ Да ☐ Нет

11. Давали ли вы кому-либо обязательства или давали ли вам обязательства, которые не отражены в этом Соглашении об отказе согласно разделу 32? (Если «Да», объясните ниже.) ☐ Да ☐ Нет

12. Вы посмотрели обязательное видео: «Урегулирование страхового требования с помощью Соглашения об отказе согласно разделу 32» (“Settling Your Claim with a Section 32 Waiver Agreement”)? В данном видео дается представление о том, что такое Соглашение об отказе согласно разделу 32 и какие у него последствия. Вы можете посмотреть видео «Урегулирование страхового требования» по следующей ссылке: *www.wcb.ny.gov/Section32* (Если «Нет», объясните ниже.) ☐ Да ☐ Нет

Объяснение(-я):

Я подтверждаю _____ _____ 20 _____ года под страхом ответственности за предоставление заведомо ложных сведений согласно законам штата Нью-Йорк, которая может предусматривать штраф или тюремное заключение, что вышеизложенная информация является верной, а также я понимаю, что данный документ может быть использован для подачи иска или судебного разбирательства.

_____ _____

Подпись заявителя Дата

Настоящим я подтверждаю следующее:

1. Я представляю интересы заявителя.
2. Прежде чем заключить Соглашение об отказе согласно разделу 32 Закона о компенсациях работникам (Workers' Compensation Law, WCL), были учтены интересы программы Medicare, связанные с получением медицинских услуг в будущем, и было принято решение о включении или невключении в Соглашение положения о выплате компенсации работнику Medicare Set-Aside. Я обсудил(-а) с моим клиентом необходимость учета интересов программы Medicare.
3. Я тщательно рассмотрел(-а) Соглашение, составленное моим клиентом и поданное Совету для утверждения, а также разъяснил(-а) все аспекты Соглашения моему клиенту, включая влияние Соглашения (в случае утверждения) на право моего клиента в будущем получать лечение, связанное с производственной травмой.
4. Я предоставил(-а) моему клиенту возможность задать вопросы о Соглашении, и я ответил(-а) на эти вопросы по мере своих сил и возможностей.
5. Я уведомил(-а) моего клиента о размере вознаграждения, которое я планирую получить как часть компенсации по Соглашению, и я объяснил(-а) клиенту, что данное вознаграждение основано на прейскуранте, приведенном в разделе 24(2)(f) WCL.
6. Я, по мере своих сил и возможностей, убедился(-лась) и удостоверился(-лась) в том, что мой клиент полностью понимает условия Соглашения, влияние Соглашения на него (в случае утверждения), а также в том, что мой клиент заключает это Соглашение добровольно.
7. Также я убедился(-лась), что отсутствуют какие-либо нерешенные проблемы по данному(-ым) требованию(-ям), которые не были бы полностью урегулированы согласно условиям настоящего Соглашения, за исключением тех проблем, которые в прямой форме были оставлены открытыми в настоящем Соглашении.
8. Я, по мере своих сил и возможностей, убедился(-лась) и удостоверился(-лась) в том, что адрес, указанный на первой странице этого документа, является текущим адресом моего клиента и чек об оплате должен быть выслан на данный адрес, за исключением случаев, когда клиент пожелает получить денежные средства в рамках урегулирования путем прямого зачисления на счет, в этом случае он должен будет заполнить *Форму разрешения прямого зачисления средств на счет (форма DD-1).*

_____ _____ _____

Подпись адвоката Имя и фамилия адвоката (печатными буквами) Дата