



索赔信息 - 所有通信均应包含这些数字

受伤/患病日期: \_\_\_\_\_ WCB 个案编号: \_\_\_\_\_ 我的 PPD 受限福利到期日 (月月/日日/年年年): \_\_\_\_\_

员工信息

姓氏: \_\_\_\_\_ 名字: \_\_\_\_\_ 中间名首字母缩写: \_\_\_\_\_

邮寄地址: \_\_\_\_\_ 第 2 行: \_\_\_\_\_

城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮政编码: \_\_\_\_\_ 国家: \_\_\_\_\_

日间电话号码: \_\_\_\_\_ 电子邮箱地址: \_\_\_\_\_

提交表格 C-35 的时间 - 如您符合以下条件, 请使用此表格: 您是工伤员工, 因遭遇《工伤赔偿法》第 35(3) 条所述的极端困境而申请重新裁决, 并且您被判定为永久性局部伤残, 工资收入能力损失超过 75%, 并且您的受限福利将在一年 (自今日起 365 天或更短) 内到期。

非工资性家庭收入 - 列出每月收到的所有非工资性收入。

	工伤员工	配偶	与工伤员工一起居住的其他成年人
工伤赔偿福利	_____	_____	_____
社会安全残障福利	_____	_____	_____
社会安全退休金	_____	_____	_____
子女抚养费收入	_____	_____	_____
离婚扶养	_____	_____	_____
其他收入 (请列明): _____	_____	_____	_____
其他收入 (请列明): _____	_____	_____	_____
其他收入 (请列明): _____	_____	_____	_____
<b>非工资性家庭总收入</b>	_____	_____	_____

每月所需生活费 - 列出每月金额。对于非每月支付的开支, 请参见说明。

家庭开支	每月开支	其他开支 (请列明)	每月开支
租金或房贷	_____	_____	_____
电费、油费/煤气费、水费/垃圾费	_____	_____	_____
电话/手机/有线电视/互联网	_____	_____	_____
<b>家庭总开支</b>			_____

其他导致极端困境的因素 - 请在此空白区域或另附表单, 详细说明导致极端困境的任何其他因素。

[Large empty box for additional information]

工伤员工签名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

若有任何人以蓄意欺瞒目的提交、促使提交, 或据其所知所信将提交而准备, 或由保险人或自我保险人提交任何包含虚假材料声明的信息, 或隐瞒任何实质性事实的情形, 都将视为犯罪, 并将判处高额罚金和监禁。

## 致工伤员工 - 关于使用此表的一般信息

您可以通过传真、电子邮件或平信的方式向工伤赔偿局提交本表 (C-35) 和相关附件。有关地址信息, 请参见以下内容。请保留填妥的表格和支持文件的副本。当工伤赔偿局完成填妥表格的审核之后, 我们可能会联系您以获取更多信息。如果本表的空白区域无法满足您填写所有相关信息, 您可在单独的文件中附上更多信息。请在所有文件上清楚地写上您的姓名、WCB 个案编号以及受伤或生病日期。

1. 本表仅限被判定为永久性局部伤残, 工资收入能力损失超过 75% 的工伤员工使用。
2. 可在计划的补偿付款穷竭之前的一年内, 向工伤赔偿局提交本表。在福利穷竭之前的一年以前提交的表将被退回, 不予受理。
3. 在本表中列明所有来源的收入, 包括生活在一起的作为工伤员工的其他家庭成员。必要时可增加附表。在本表中列明家庭开支和导致极端困境的任何其他因素。

输入每月开支金额。对于非每月支付的开支, 按以下方式换算:

如果已支付账单...	每月金额计算方法...
每季度	除以 3
每周	乘以 4.3
双周 (每两周一次)	乘以 2.17
半月 (每月两次)	乘以 2

4. 提交 C-35 中列明的所有开支和家庭收入的凭据。申请表填写不完全可能会延迟受理, 等待收到完整的信息。

在表 C-35 顶部将识别信息填写完整, 并将附上所有适用信息的表格发送至:

**Workers' Compensation Board**  
**PO Box 5205**  
**Binghamton, NY 13902-5205**

电子邮件提交地址: [wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov](mailto:wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov) • 州内传真号码: (877) 533-0337

**信息披露:** 未经您同意, 工伤赔偿局不会将与个案相关的信息披露给任何未经授权的一方。如果您选择将此类信息披露给未经授权的一方, 则必须向工伤赔偿局提交您本人签名的表 OC-110A 原件、申领人披露员工赔偿记录的授权, 或签名且经公证的授权书原件。您可以拨打 WCB 办公室的电话, 请求给您发送表 OC-110A, 或者您也可以通过我们的网页下载, 网址为 [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov)。可在标题“Common Forms Online”(“常见在线表格”)下找到本表。请将填写完整的授权表邮寄至上述地址。

根据《纽约个人隐私保护法》(New York Personal Privacy Protection Law) (《纽约公职人员法》第 6-A 条 (Public Officers Law Article 6-A)) 和《1974 年联邦隐私法》(Federal Privacy Act of 1974) (5 U.S.C. § 552a) 下达的通知。工伤赔偿局要求申领人提供个人信息 (包括他们的社会安全号码) 的权力来自工伤赔偿局依照《工伤赔偿法》(Workers' Compensation Law, WCL) 第 20 条享有的调查权以及依照 WCL 第 142 条享有的行政管理权。收集此信息的目的是协助工伤赔偿局以可能最权宜的方式调查和管理索赔, 并帮助其保留准确的索赔记录。向工伤赔偿局提供您的社会安全号码纯属自愿行为。未在此表上提供您的社会安全号码不会受到任何处罚, 也不会导致您的索赔被拒绝或福利减少。工伤赔偿局将会保护其持有的所有个人信息的机密性, 只会在促进其执行公务并遵守适用州和联邦法律的情况下披露此类信息。