

**State of New York
WORKERS' COMPENSATION BOARD**

**Notice of Right to Select a Workers' Compensation Board Authorized
Health Care Provider**

Injured Employee's Name	Injured Employee's Social Security No.	Date of Accident
Employer's Name and Address		

To the Injured Employee:

For the treatment of your work-related injury or illness, you may choose any physician, podiatrist, chiropractor, or psychologist (upon referral from an authorized physician) who is Workers' Compensation Board authorized and who is accepting workers' compensation patients.

While you may choose to utilize a network or provider which is recommended by your employer or its workers' compensation insurance carrier or to permit your employer to select a provider on your behalf, you may, at any time, change your health care provider without jeopardizing your workers' compensation claim for benefits.

Signature of Injured Employee	Date	Signature of Witness	Date
-------------------------------	------	----------------------	------

Please note: It is not necessary for you to sign this consent form if your employer is (i) participating in a certified preferred provider organization (PPO) under Article 10-A of the Workers' Compensation Law, or (ii) participating in the alternative dispute resolution (ADR) pilot program under section 25(2-c) of the Workers' Compensation Law. In accordance with these statutory programs, except in emergency situations, you must obtain at least initial treatment for any workers' compensation injury or illness from the certified network(s) or providers designated by your employer.

To the Employer:

The employer shall provide the above-named injured employee with a copy of this signed form and shall maintain the original form in the employer's records where it may be inspected by the Workers' Compensation Board at any time. This form shall not be submitted to the Workers' Compensation Board nor shall it be executed prior to the occurrence of this employee's work-related injury or illness.

The Workers' Compensation Board employs and serves people with disabilities without discrimination.

**УПРАВЛЕНИЕ ПО КОМПЕНСАЦИЯМ РАБОТНИКАМ
штата Нью-Йорк**

**Извещение о праве выбора поставщика медицинских услуг, уполномоченного
Управлением по компенсациям работникам**

Имя пострадавшего работника	№ социального страхования пострадавшего работника	Дата происшествия/ несчастного случая
Наименование и адрес работодателя		

Информация для пострадавшего работника:

Для лечения вашей производственной травмы или заболевания вы можете выбрать любого терапевта, врача-ортопеда, специализирующегося на заболеваниях стоп, мануального терапевта или психолога (по направлению уполномоченного терапевта), который уполномочен Управлением по компенсациям работникам и который принимает пациентов по программе выплаты компенсаций работникам.

Несмотря на то, что вы можете выбрать сеть или поставщика, рекомендованного вашим работодателем или его страховщиком по выплате компенсаций, или разрешить вашему работодателю выбрать поставщика от вашего имени, вы можете в любое время изменить своего поставщика медицинских услуг без ущерба для вашего заявления на выплату компенсации.

Подпись пострадавшего
работника

Дата

Подпись свидетеля

Дата

Обратите внимание: Вам не обязательно подписывать данную форму согласия, если ваш работодатель (i) состоит в организации рекомендованных сертифицированных специалистов и лечебных учреждений согласно статье 10-A Закона о компенсациях работникам, или (ii) участвует в пилотной программе альтернативного решения споров согласно разделу 25(2-с) Закона о компенсациях работникам. В соответствии с данными программами, предусмотренными законодательством, за исключением чрезвычайных ситуаций, вы должны проходить, по крайней мере, первоначальное лечение любой травмы или болезни, по которой выплачивается компенсация, в сертифицированной сети (сетях) или у поставщиков, назначенных вашим работодателем.

Информация для работодателя:

Работодатель должен предоставить вышеуказанному работнику копию данной формы с подписями и должен хранить оригинал в архивах работодателя, где его в любое время может проверить Управление по компенсациям работникам. Настоящая форма не передается в Управление по компенсациям работникам и не применяется до тех пор, пока не возникнет производственная травма или заболевание работника.

Управление по компенсациям работникам принимает на работу и служит людям, ограниченным в своих возможностях, но не ограниченным в правах.