

纽约州劳工赔偿局 死亡情况下的索赔

向本局完整提交必要的文件将使索赔得到更快的处理。请随附您现有文件的副本。也可携带副本到首次听证会上。请勿延误索赔申请。必要的文件包括：

- a. 为死亡者提供治疗服务的医生出具的医学报告。
- b. 死亡证明。
- c. 关系证明，如出生证明、结婚证明、收养文件等。
- d. 葬礼明细账单。

W.C.B. 案件编号 (若已知)	保险公司案件编号	保险公司代码	死者的社会安全号码	索赔人的社会安全号码	事故日期
姓名			地址 (请提供门牌号、街道名、城市名、州名和邮编)		公寓号码
死者					
雇主					
保险公司					
索赔人					公寓号码

本人特此根据《劳工赔偿法》，为受雇于上述雇主期间伤亡的上述当事人提出索赔请求，并提供以下相关证明：

1. a. 死亡发生于：_____ 天，_____ 时间为：_____ (请随附死亡证明，若有)。
- b. 事故/职业病是如何发生/导致的？ (请详细说明伤者是否摔倒、被击中等等，以及哪些因素或过程导致或促成事故的发生)
- _____
- _____
- c. 事故地点：_____
- d. 伤害的性质及受伤的身体部位：_____

注：请随附医学报告 (若有)。

2. 主治医生	姓名	地址
3. 最后治疗的医生或医院		
4. 葬礼承办者		
5. 葬礼费用支付者		

6. 葬礼费用 (美元) _____ 付款金额 (若有，美元) _____ (请随附葬礼账单，若有。)
7. 索赔人出生日期 _____ 8. 与死者的关系 _____
9. 死者是否有健在的配偶及/或 18 岁以下的子女或 23 岁以下并全日制就读于官方认可的教育机构的子女？
 是 否
10. 死者健在的家属及被抚养者： (有关说明，请参看背面)

姓名	地址	出生日期	与死者的关系

(请随附关系证明，如出生证明、结婚证明、收养文件等，若有)

(有关说明，请参看背面)

如果您对死亡权益索赔有任何疑问，请联系离您最近的劳工赔偿局下设办公室。

11. 如果您是死者的配偶或子女，请视情输入以下信息：

- a. 您于_____年_____月_____日与死者结婚，_____（请随附结婚证明，若有）。
 结婚地点：_____ 证婚人：_____（地点） 婚礼主持人
- b. 死者去世时未满 18 岁子女的数目。_____
- c. 已满 18 岁但未满 23 岁并在死者去世时正全日制就读于官方认可的教育机构的子女的数目。_____

12. 如果您是死者的配偶，请指出您在依照《社会安全法案》所获得的生者保险赔偿金中所占的份额：_____（美元）（如可能，请随附注有您在生者保险赔偿金所占份额的社会保障金凭证的副本，或者注有保障金额的支票副本。）

13. 如果您不是死者的配偶，也不是死者未满 18 岁的子女或未满 23 岁正全日制就读于官方认可的教育机构的子女，请输入以下信息：

- a. 您是否完全或者部分依靠死者提供收入来源？_____
- b. 如果是部分依靠死者，依靠的程度有多大？_____
- c. 我拥有以下财产：
 - (1) 房地产，估值（美元）_____，我从该房产每年获得的收入为（美元）：_____。
 同时该房产的负债为（美元）：_____。
 - (2) 您还有哪些收入来源？（请列出每一种来源以及从每个来源获得的收入金额。）

收入来源 金额

14. 如果您是死者的子女或被抚养的孙子/孙女、兄弟/姐妹，已满 18 岁但未满 23 岁并全日制就读于官方认可的教育机构，请输入以下信息并附上就读证明（若此等机构愿意出具）。

学生姓名 教育机构名称和地址 就读起始日期

任何人若故意或以诈骗为目的将含有重大虚假陈述的任何信息提供或者安排提供给任何保险公司或自我投保人或者隐瞒任何重大事实，或者有意准备此等信息且相信其将被提供给任何保险公司或自我投保人，此等行为将构成犯罪，并可招致大额罚金和监禁等处罚。

日期 _____ 签署人：_____（索赔人签字） 电话号码：_____ 或者
 签署人：_____（索赔人代表） _____（关系） 电话号码：_____

致索赔人

- A. 根据《劳工赔偿法》，以下各方可以提出死亡索赔请求：
 - 1. 死者的配偶；
 - 2. 死者死亡时未满 18 岁的子女；
 - 3. 事故发生时具有完全和永久性失明或残障的任何年龄的子女；
 - 4. 死者死亡时未满 18 岁且在事故发生时完全或部分依靠死者的孙子/孙女、兄弟和姐妹；
 - 5. 事故发生时完全或部分依靠死者的父母和祖父母；
 - 6. 于 1978 年 1 月 1 日或以后死亡的死者未满 23 岁且正全日制就读于官方认可的教育机构的子女、被抚养的孙子/孙女、兄弟/姐妹。
- B. 配偶和子女可以共同提出索赔。每一位被抚养的孙子/孙女、兄弟/姐妹、父母/祖父母必须单独提出索赔。

关于《纽约州个人隐私保护法》（公职人员法第 6-A 条）以及《1974 年联邦隐私法案》（《美国法典》第 5 节）的说明
 劳工赔偿局（下称“本局”）要求索赔人提供个人信息权利源于《劳工赔偿法》第 20 节和第 142 节的规定。收集此等信息的目的是帮助本局高效处理索赔和维护准确的索赔记录。
 本局将全力为所收集的全部个人信息保密。在本局内，此等信息只会披露给本局的工作人员和代理以协助其工作。在机构以外披露个人信息时，将完全遵循适用的州法和联邦法律。
 本局运营主管（工作地址：100 Broadway, Menands, New York 12241 (518-474-6674)）主要负责维护含有索赔人个人信息的机构记录。
 若未能提供本表所要求的信息虽然不会导致索赔被驳回，但可能会延迟索赔的处理。自愿披露社会安全号，可帮助本局确保信息与您的索赔相关，并可迅速采取有针对性的措施。

NYS Workers' Compensation Board
 Centralized Mailing
 PO Box 5205
 Binghamton, NY 13902-5202

免费客户服务电话： 877-632-4996