



Потеря трудоспособности Бланк для информации о профессиональном образовании и трудовой деятельности

VDF-1

УПРАВЛЕНИЕ ПО КОМПЕНСАЦИЯМ
РАБОТНИКАМ ПРИНИМАЕТ НА РАБОТУ
И СЛУЖИТ ЛЮДЯМ,
ОГРАНИЧЕННЫХ В СВОИХ
ВОЗМОЖНОСТЯХ, НО НЕ
ОГРАНИЧЕННЫМ В ПРАВАХ

Штат Нью-Йорк – Управление по компенсациям работникам

Прежде, чем заполнять данную анкету, заявитель может проконсультироваться со своим законным представителем. Также можно проконсультироваться с юристом Управления, представляющим интересы работников, получивших увечья на производстве, тел.: 1-800-580-6665. Отвечайте на вопросы развернуто. При необходимости используйте дополнительные листы, и прикрепите их к анкете.

A. Личная информация:

ФИО: _____ № Дела, заведенного Управлением по компенсациям работникам (если известен): _____
Имя Отчество Фамилия

Адрес: _____
Дом, улица Город Штат Почтовый индекс

Дата рождения: _____ № социального страхования _____ Дата причинения увечья/потери трудоспособности: _____

B. Образование (выберите образование самого высокого уровня)

Неоконченное среднее Аттестат о среднем образовании Неоконченное высшее Высшее

В какой стране было получено самое высокое образование из имеющихся: США Другая (укажите страну) _____

Проходили ли Вы специальную профессиональную подготовку или стажировку? Да Нет

Если да, уточните, что именно: _____

Дата окончания: _____ Выданное свидетельство/лицензия: _____

Срок(и) действия свидетельства/лицензии: _____

Проходили ли вы службу в вооруженных силах США? Да Нет Род войск: _____ Срок службы: _____

Специализированное обучение, полученное во время службы в вооруженных силах США: _____

Укажите дополнительное профессиональное обучение, полученное вами. Укажите название образовательного учреждения / название программы, срок обучения и полученную ученую степень или свидетельство: _____

C. Стаж работы

Перечислите все должности, занимаемые вами в течение последних 10 лет (например, складской рабочий, повар), начиная с последней/текущей. При необходимости используйте дополнительную страницу.

Название должности: _____

Должностные обязанности: _____

Продолжительность работы в этой должности (лет): _____

Название должности: _____

Должностные обязанности: _____

Продолжительность работы в этой должности (лет): _____

Название должности: _____

Должностные обязанности: _____

Продолжительность работы в этой должности (лет): _____

D. Знание и владение английским языком

Укажите уровень владения навыком: Устная речь Хорошо Плохо Отсутствует

Чтение Хорошо Плохо Отсутствует

Умение писать Хорошо Плохо Отсутствует

Предоставленная мной информация является достоверной и точной в меру моих знаний и убеждений. Лицо, подписавшее данное заявление, предупреждено об ответственности за предоставление заведомо ложной информации.

Подпись заявителя: _____

Имя заявителя (разборчиво): _____

Дата: _____

Инструкции по заполнению Формы VDF-1, «Потеря трудоспособности - информация о профессиональном образовании и трудовой деятельности»

Отвечайте на вопросы развернуто. При необходимости используйте дополнительные листы, и прикрепите их к анкете. Заполненную форму отправьте в адрес Управления по компенсациям работникам, указанный ниже. Прежде, чем заполнять данную анкету, заявитель может проконсультироваться со своим законным представителем. Также можно проконсультироваться с юристом Управления, представляющим интересы работников, получивших увечья на производстве, тел.: 1-800-580-6665. Факты, предоставленные вами в этой анкете, будут использованы для подтверждения потери вами трудоспособности.

Если у вас нет или вы не знаете номер вашего дела в Управлении по компенсациям работникам, оставьте эту графу пустой. Он не требуется для обработки вашего заявления. Не забудьте указать ваше имя и дату получения травмы или наступления болезни.

Раздел А – Сведения о вас:

- ФИО полностью. Имя, начальная буква отчества и фамилия.
- Укажите номер вашего дела, заведенного Управлением по компенсациям работникам, если он вам известен.
- Укажите ваш почтовый адрес. Если необходимо, укажите абонентский ящик, город или поселок, штат и почтовый индекс.
- Укажите дату вашего рождения.
- Впишите ваш номер социального страхования. Эта информация очень важна, ее наличие ускорит обработку вашего заявления.
- Укажите дату получения увечья.

Раздел В - Образование:

- Укажите самый высокий уровень полученного вами образования, поставив отметку в соответствующей ячейке.
- Если вы проходили специализированную подготовку или стажировку, отметьте вариант «Да». Если не проходили, отметьте вариант «Нет». Если вы ответили «Да», опишите, какого рода обучение или стажировку вы проходили. Укажите дату окончания обучения или стажировки. Укажите, какое свидетельство или лицензия были выданы по окончании обучения, и срок действия этого документа.
- Если вы проходили службу в вооруженных силах США, отметьте вариант «Да». Если не проходили, отметьте вариант «Нет». Если вы ответили «Да», укажите род войск, в которых вы служили. Укажите сроки прохождения службы. Укажите полученное вами профессиональное и/или специализированное обучение.
- Если, помимо указанного выше, вы получили иное дополнительное образование, укажите, какое именно. Укажите степень или свидетельство, полученное вами.

Раздел С - Опыт работы:

- Перечислите занимаемые вами должности, начиная с последнего места работы (например, складской рабочий, повар). Если на разных местах работы у вас была одинаковая должность, достаточно указать ее один раз.
- Перечислите свои стандартные функции и должностные обязанности.
- Укажите, как долго вы занимали эту должность.

Раздел D - Знание и владение английским языком:

- Охарактеризуйте ваш уровень знания и владения английским языком.

Подпишите анкету и оригинал направьте в Управление по компенсациям работникам, сохранив у себя копию.

Потенциальный работодатель не имеет права требовать от вас разглашения ваших персональных данных, зарегистрированных Управлением по компенсациям работникам. См. Закон о компенсациях работникам, Раздел 110-а.

ПОРЯДОК ЗАПОЛНЕНИЯ ДАННОГО БЛАНКА

Регистрации подлежат документы, направленные непосредственно на почтовый адрес Управления по компенсациям работникам, указанный ниже. Копию заявления следует направить в страховую компанию. Также документы можно пересылать факсом на единый региональный номер Управления: 1-877-533-0337. При наличии дополнительных прилагаемых документов на каждой странице необходимо указать номер дела, заведенного Управлением (WCB #).

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