NEW YORK STATE | Workers' Compensation Board

PO Box 5205
Binghamton，NY 13902-5205

客户服务免费热线：877-632-4996
www.wcb.ny.gov

W.C.B.案件编号 _____

保险公司案件编号 _____

索赔人社会保障号码 _____

请勾选一项：

- ☐ 工伤赔偿
- ☐ 志愿消防员
- ☐ 志愿救援工作人员

赔偿索赔及发起第三方诉讼之通知（必须在发起诉讼后 30 日内将本通知送达给 Workers' Compensation Board 主席、雇主和雇主的保险公司。）

1. 受伤或已故人员的姓名 _____

2. 地址 _____
（街道和号码） （城市或镇） （州） （邮政编码）

3. *雇主的姓名 _____
* 在志愿消防员和志愿救护工作人员的福利案件中，须负责任的政府分支机构（或无附属关系的救护服务 – 定义见VFBL 第 30 节或 VAWBL 第 30 节）被看作是“雇主”。

4. 地址 _____
（街道和号码） （城市或镇） （州） （邮政编码）

5. 雇主的保险公司 _____

6. 地址 _____
（街道和号码） （城市或镇） （州） （邮政编码）

7. 事故发生日期 _____ 8. 事故发生地点 _____

9. 事故发生原因 _____

_____

_____

10. 伤害性质 _____

_____

11. 主治医生的姓名或医院的名称_____ 12. 地址 _____

13. 发起诉讼的日期是 _____ 在_____法院，该法院位于
（月、日和年）

_____州_____县，诉讼起诉对象为_____
（第三方名称）

14. 本人律师的姓名 _____电话号码_____

15. 地址 _____

本人（我们）作为在下方签署姓名者，特此通知，已经发起针对第三方或多方的诉讼，特此就本人（我们）根据《工伤赔偿法》应获得的所有福利提出索赔。本通知依据《工伤赔偿法》修订版第 29 节（VFBL 第 20 节和 VAWBL 第 20 节）的条例发出。

任何个人若在知道任何信息包含任何重大虚假陈述的情况下，出于诈骗意图呈递，导致其呈递，或在知道或认为该等信息会向保险公司或自保人或由保险公司或自保人呈递的情况下依然准备该等信息，或者隐瞒任何重大事实，均属有罪，可处巨额罚款及监禁。

签署日期 _____ 索赔人签名 _____ 电话号码 _____

若是为死亡福利提出索赔，被扶养人必须完成本表格的正面和背面。索赔人相关信息见背面。

本机构将一视同仁地雇佣残障人士并为该等人士服务。

如为死亡案件，请完成以下内容

1. 死亡日期 _____ 2. 死亡原因 _____

_____

3. 最后一位主治医生的姓名或医院的名称 _____ 4. 地址 _____

（希望起诉第三方的所有被扶养人在下方签名）：

（姓名）	（地址）	（出生日期）	（与已故人员的关系）
（姓名）	（地址）	（出生日期）	（与已故人员的关系）
（姓名）	（地址）	（出生日期）	（与已故人员的关系）
（姓名）	（地址）	（出生日期）	（与已故人员的关系）

给索赔人的信息

如果员工在工作期间由于任何非同事（或雇主的保险公司或雇主的工会之员工）之人的过失或过错而受伤或死亡，其法定被扶养人可享受工伤赔偿福利，还可起诉导致该等伤害或死亡的其他人。此类其他人被称作第三方，而任何起诉他们的法律诉讼或其他诉讼程序被称作第三方诉讼。

必须在赔偿判定后六个月内，但不晚于事故发生后一年（例外情况见下文“转让”）发起该等第三方诉讼。雇主（或其保险公司）将在已支付赔偿且已产生医疗费用的情况下，对索赔人从第三方处实际收到的净赔偿金有留置权。

在发起第三方诉讼的三十日内，必须向以下人员提供您完整填写并签署姓名之本表的副本：
1. Workers' Compensation Board 主席。
2. 雇主
3. 雇主的保险公司（若有）。

转让

如果索赔人没有发起诉讼，而且雇主或保险公司有在一年期限届满前 30 日前亲自或通过挂号邮件向索赔人送达书面通知，则索赔人对第三方诉讼之权利将被转让给雇主，除非索赔人在一年期限届满前开始第三方诉讼。

如雇主未能送达书面通知，索赔人可开始诉讼的时间也会被延长，超过该一年期限，直到雇主或保险公司寄出书面通知后 30 日期限到期；该通知告知索赔人，除非索赔人在 30 日通知期限内开始第三方诉讼，否则转让将继续进行。

如果雇主或保险公司作为该转让的受让人，通过判决或其他方式从第三方处获得补偿，总金额超过
1. 赔偿判决，和
2. 保险公司支付的医疗治疗支出，和
3. 获得该赔偿金的必要且合理支出；则应向索赔人（或被扶养人）及时支付超出部分的三分之二。

可向一直遵纪守法的索赔人保证，其会收到一笔等于工伤赔偿全额福利的金额，即使是在提出起诉第三方的诉讼之后。如果索赔人被补偿和实际收到的金额低于索赔人（或被扶养人）本来会从赔偿判决中收到的金额，那么雇主或保险公司必须补上索赔人（或被扶养人）实际收到的金额与其有权获得的工伤赔偿之间的不足额（差额）。

警告 — 索赔人（或被扶养人）对第三方诉讼的和解。

为了保留您获得差额赔偿之权利，索赔人（或被扶养人）不可和解起诉第三方的诉讼，以下情况除外：
1. 他们首先获得雇主或保险公司的书面批准，或者
2. 索赔和解的依据是法院法官发出的妥协命令，而该第三方诉讼在该法院待审。

（来源：《工伤赔偿法》第 29 节修订版，于 1967 年 9 月 1 日生效，以及VFBL 第 20 节和 VAWBL第 20 节）。

依据《纽约个人隐私保护法》（《公职人员法》第 6-A 条）和《1974 年联邦隐私法》（《美国法典》第 5 条第 552a 节）发出通知。

Workers' Compensation Board（委员会）有权要求索赔人提供个人信息，该权力源自《工伤赔偿法》第 20 和 142 节的规定。收集该等信息的目的是协助委员会高效处理索赔案件，帮助委员会保留正确的索赔记录。

委员会坚定地致力于保护其收集的所有个人信息的保密性。仅会为了促进其公务，在机构内向委员会工作人员和代理人披露此类信息。仅会根据适用的州和联邦法律规定，在机构外披露个人信息。

委员会运营总监的地址是 328 State Street, Schenectady, NY 12305 (877-632-4996)，其主要负责包含个人索赔人信息之机构记录的维护工作。

未能提供本表格要求的信息不会导致您的索赔被拒，但可能会使您的索赔处理工作延迟。自愿披露您的社会保障号码可使委员会确保信息与您的索赔相关，并就您的索赔快速采取行动。

HIPAA 通知 — 为了裁定工伤赔偿索赔，WCL13-a(4)(a) 和 12 NYCRR 325-1.3 要求医疗保健提供者定期向委员会和保险公司或雇主提交治疗的医疗报告。依照 45 CFR 164.512，这些依法要求的医疗报告不受 HIPAA 对健康信息披露之限制。

IF YOU HAVE QUESTIONS OR NEED ADVICE ABOUT YOUR CLAIM, YOU MAY CALL OR VISIT THE NEAREST OFFICE OF THE WORKERS' COMPENSATION BOARD.	如果您有关于您的索赔的任何问题或需要建议，您可电话联系或前往附近的 WORKERS' COMPENSATION BOARD 办公室。