

Если вы не можете работать вследствие производственного заболевания или производственной травмы, вы можете получить на пособие по нетрудоспособности.

1. Вы можете получать установленное законом пособие по нетрудоспособности в связи с производственной травмой или заболеванием (в том числе по нетрудоспособности в связи с беременностью) начиная с восьмого последовательного дня нетрудоспособности. Пособие по нетрудоспособности выплачивается **напрямую вам** страховщиком вашего работодателя, а не через вашего работодателя, если ваш работодатель не является одобренным самострахованным работодателем. Вы можете получать пособие максимально в течение 26 недель нетрудоспособности; размер пособия соответствует 50% от вашей средней недельной заработной платы, но не более 170 долларов в неделю. Обычно в качестве средней недельной заработной платы используется средний размер вашей заработной платы за последние восемь недель до начала периода нетрудоспособности. Ваш работодатель или профсоюз может выплачивать в соответствии с одобренным соглашением или планом пособий по нетрудоспособности другое пособие, условия которого не должны быть хуже установленного законом.
 2. Если вы также взяли оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам, совокупный оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам и отпуск по нетрудоспособности за любой последовательный 52-недельный период не может превышать 26 недель. Нельзя одновременно находиться в оплачиваемом отпуске по семейным обстоятельствам и получать пособие по нетрудоспособности.
 3. Вы можете получать услуги у любого врача, подолога, мануального терапевта, стоматолога, медсестры-акушерки или психолога, который может подтвердить вашу нетрудоспособность. Ваши медицинские счета не оплачиваются, если только ваш работодатель и/или профсоюз не оплачивает медицинские счета в соответствии с одобренным соглашением или планом пособий по нетрудоспособности.
 4. Ваш работодатель **не имеет права** просить вас отказаться от права на пособие по нетрудоспособности. Работодатели могут взимать взносы в размере до 60 центов в неделю для погашения расходов на страховые взносы (если дополнительный взнос не предусмотрен в одобренном плане). **Запрещается применять дискриминационные или репрессивные меры в отношении работников, которые запросили или получают пособие по нетрудоспособности.**
 5. Если ваша заявка отклонена, работодатель или страховщик работодателя обязан отправить вам **уведомление об отказе (форму DB-451)** в течение **45 дней** после подачи вашей заявки, указав причину (причины) отказа в выплате пособия. Если вы не согласны с этим решением, вы имеете право запросить повторное рассмотрение в Совете по компенсациям работникам штата Нью-Йорк (WCB) (далее «Совет»), написав в Совет по адресу, указанному здесь в правом нижнем углу.
- ВАЖНО!** Если в течение **45 дней** после подачи вашей заявки вы не получите пособие или **форму DB-451**, незамедлительно позвоните в Совет по телефону **(877) 632-4996**.

Подача заявки

1. Получите **Уведомление и подтверждение заявки на пособие по нетрудоспособности (форму DB-450)** либо в Совете на сайте wcb.ny.gov, либо у своего работодателя, страховщика работодателя или поставщика медицинских услуг.
2. Заполните форму согласно инструкциям (включая раздел, который заполняет ваш поставщик медицинских услуг) и подайте ее.
3. Подайте форму в течение **30 дней** после первого дня нетрудоспособности. Если вы в скором времени не получите выплаты по своей заявке, обратитесь к своему работодателю или его страховщику. Если вы подадите заявку позже установленного срока, вы сможете получить пособие только за период в две недели до даты подачи вашей заявки. Если вы подали заявку позже установленного срока по уважительной причине, докажите, что заявку не было возможности подать раньше. Пособие не выплачивается, если вы подали заявку более чем через **26 недель** после начала нетрудоспособности или после возвращения на работу.

Не рассчитывайте, что заявку за вас подаст ваш работодатель. Подача заявки — это ваша обязанность!

Примечание. Если нетрудоспособность наступила в результате автомобильной аварии и вы подали заявку по страхованию «без вины», вы **обязаны** также подать **форму DB-450** для получения пособия по нетрудоспособности. Если вы не подадите заявку на пособие по нетрудоспособности, компания страхования «без вины» может уменьшить размер ваших выплат.

ВАЖНО! В таких случаях, если вы не имеете права на пособие по нетрудоспособности, незамедлительно сообщите об этом в компанию страхования «без вины».

ЕСЛИ ВАМ НУЖНА ПОМОЩЬ В ПОЛУЧЕНИИ ИЛИ ЗАПОЛНЕНИИ ФОРМЫ ЗАЯВКИ ИЛИ ЕСЛИ У ВАС ЕСТЬ ДРУГИЕ ВОПРОСЫ О ПОСОБИИ В СВЯЗИ С ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ТРАВМОЙ ИЛИ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ПОЗВОНИТЕ ПО ТЕЛЕФОНУ (877) 632-4996. ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СОВЕТА ПОМОЖЕТ ВАМ.

Здесь приведена упрощенная информация о ваших правах в соответствии с разделом 229 Закона о пособии по нетрудоспособности и оплачиваемом отпуске по семейным обстоятельствам. Компания-страховщик вашего работодателя по выплате пособий по нетрудоспособности:

ПЕЧАТАЕТСЯ В СООТВЕТСТВИИ С РЕШЕНИЕМ
ПРЕДСЕДАТЕЛЯ СОВЕТА ПО КОМПЕНСАЦИЯМ
РАБОТНИКАМ
NYS Workers' Compensation Board Disability
Benefits Bureau
PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

WCB.NY.GOV