

索赔人姓名: \_\_\_\_\_ 社保号: \_\_\_\_\_

纽约州工伤赔偿局, 残障福利署  
表 DB-450.1, 索赔人关于无过失或人身伤害的声明

对索赔人的说明: 如果您在失业超过四 (4) 周后罹患残障, 且已在表 DB-450 中注明致使您残障的原因可能为无过失机动车辆事故或第三方 (即个人、公司等) 疏忽或违法行为, 请填写此表。

《残障福利法》(Disability Benefits Law) 第 227 条规定, 无论您是通过判决、和解还是其他方式从第三方处获取收益, 工伤赔偿局主席均有权按照向您给付的福利金额, 对该收益进行留置处理。

该法案还规定, 如果您有以下行为, 可能会失去获取残障福利的权利, 并需退还已向您给付的款项:

1. 在未征得工伤赔偿局主席书面同意的情况下, 从第三方处获取低于《残障福利法》规定福利金额的调解金。
2. 无论是否收到任何款项, 签署放弃或撤回对第三方的索赔申请。

您必须填写此表, 并与填写完成的表 DB-450 一起提交, 以便我们可以如期向您支付残障福利。

索赔人事故声明	
1. 事故发生日期	2. 事故发生地点 (注明邮编、州、城市、完整地址)
3. 事故原因: <input type="checkbox"/> 机动车辆 <input type="checkbox"/> 工伤赔偿 <input type="checkbox"/> 其他	
4. a. 您是否对当事人提起过诉讼? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 b. 如果“否”, 您打算对当事人提起诉讼吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果“是”, 请提供对方 (或相关方) 的姓名和地址:	
5. 如果您已聘请律师, 请提供以下信息: 律师姓名和地址 _____ 电话号码: _____	
6. 您是否因伤害接受过任何调解? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果“是”, 请注明: 调解金额 (美元) _____ 调解日期: _____	
7. 除了您自己的保险或健康计划以外, 您是否从别处收到过医疗护理费用? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果“是”, 请注明保险公司或其他付款方的名称和地址	
<b>机动车辆事故 — 填写此部分, 并随附 MV-104, 事故报告或警方出具的事故报告</b>	
8. 您将会/打算申领/领取无过失保险福利吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 是否涉及商用车辆: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, 您是否会提起第三方诉讼: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果“否”, 请说明原因。 说明:	
<b>涉及第三方的人身伤害对其他人造成的损害</b>	
9. 该方针对此等行为参保了吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 保险公司的名称和地址: _____ 保单号码 _____	
10. 您是否曾为此事故参保? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果“是”, 请注明保险公司的名称和地址 _____ 保单号码 _____	
本人特此证明, 据本人所知, 包括任意附加说明在内的上述陈述均完整且正确无误。  索赔人签名: _____ 日期: _____	

