



案件副本申请表

纽约州《劳工赔偿法》(WCL) 第 110-a 条规范了获取包含申领人个人可识别信息的记录的权限。申请人若要获取案件副本，必须证明其作为索赔相关方的身份，或提供符合 WCL 第 110-a(3) 条规定的有效授权文件。委员会规定的表格为表格 OC-110A (<https://www.wcb.ny.gov/content/main/forms/oc110a.pdf>)。请完整填写表格，不适用的栏目填写“n/a”。表格填写不完整恕不受理。

除非申请人本身即为直接利益相关方，否则必须存档一份符合《劳工赔偿法》(WCL) 第 110-a(3) 条规定的授权文件。

严禁利益相关方或根据符合《劳工赔偿法》(WCL) 第 110-a(3) 条规定的授权而有权查阅记录的一方，在未获正式授权的情况下要求向第三方披露记录。

申请人信息：

申请人姓名/公司名称：	
申请人邮寄地址：	
申请人电子邮箱：	
申请人角色： <small>申领人/雇主/医疗服务提供者等</small>	
若申领人代表包含 R# 编号：	

*依据表格 OC-110A 获准查阅记录的申请人，若本表所填电子邮箱地址与表格 OC-110A 所列地址不符，或非授权方可识别的私人/专业域名，记录将寄送至表格 OC-110A 所列邮箱地址。

OC-110A 状态：

- 表格 OC-110A 已存于案件档案。文档 ID 或提交日期（如果已知） _____
- OC-110A 随本文件提交。
- 因申请人为利害关系方，故无需提交 OC-110A。
- 已提交符合《劳工赔偿法》(WCL) 第 110-a(3) 条规定的其他原始（湿墨签名）及公证授权书。文档 ID 或提交日期（如果已知）： _____

申请记录：

所申请记录须作合理描述，以便委员会工作人员定位所需文件。

申领人姓名：	
WCB 案件号和/或工伤日期（必填）：	
申领人社保号（后 4 位）：	保险公司案件号：
雇主：	

文档类型：	申请的记录日期：
<input type="checkbox"/> 所有文档	
<input type="checkbox"/> 医疗报告	
<input type="checkbox"/> IME 报告	
<input type="checkbox"/> 裁定	
<input type="checkbox"/> 事故报告	
<input type="checkbox"/> 其他（请说明）	



验证流程：

所有申请人（包括需提供符合《劳工赔偿法》(WCL) 第 110-a(3) 条授权书的利益相关方及非利益相关方）均须通过提供充分身份标识进行验证。多数申请人可通过本表格中“申请人信息”及“申请记录”栏目所要求的信息完成验证。各类利益相关方所需提供的完整身份标识清单，请参见“**本表格的用途**”部分。**信息不完整可能导致申请被拒或延迟处理。**

申领人可提供案件档案中的补充信息，包括：

出生日期：	电话号码：
受伤部位（受伤的身体部位）：	
事故发生地点（市/郡）：	
保险公司名称：	
主治医师姓名或医院名称：	
申领人的律师姓名	
上次听证会/会议日期：	上次裁定日期：
案件裁定结果（平均周工资 (Average Weekly Wage, AWW)、赔偿率、临时完全伤残 (Average New Compensation Rate, ANCR) /永久性部分伤残 (Old Disability New Compensation Rate, ODNCR))：	

本人作为申请人特此声明：根据《劳工赔偿法》(WCL) 第 110-a 条规定，本申请符合正当目的；申请记录不涉及就业能力评估（参见《劳工赔偿法》第 110-a(3) 条及第 125 条）；且承诺不会非法转发本记录（参见《劳工赔偿法》第 110-a[4] 条）。

签名

日期

提交本表格：

电子邮件	邮件	网站上传
wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov	NYS Workers' Compensation Board Centralized Mailing Address PO Box 5205 Binghamton, NY 13902-5205	https://wcbdoc.services.conduent.com/

本表格的用途

本表格用于申请特定纽约州工伤赔偿索赔（或多个特定索赔）的记录副本。申请人须通过以下方式验证身份：

依据表格 OC-110A 或《劳工赔偿法》(WCL) 第 110-a(3) 条合规的公证授权函而获得授权的申请人须提供：

必填	以下任选 2 项
WCB 编号	获授权人姓名 获授权人地址 雇主名称 工伤日期 申领人社保号后 4 位

申领人须提供 2 项主要身份识别信息或 1 项主要身份识别信息加 3 项次要身份识别信息。为确保所提供信息与立案时使用的信息匹配，建议尽可能提供更多识别信息。

主要身份识别信息	次要身份识别信息
WCB 编号 社会保险号后 4 位 保险公司案件号	雇主名称 事故发生日期 出生日期 受伤部位(身体部位) 现住址或过往地址 当前电话号码 保险公司名称 事故发生地点 主治医师姓名或医院名称 律师姓名 听证会地点 上次听证会/会议日期 上次裁定日期 案件裁决

*未成年申领人的受益人或法定监护人需采用与申领人相同的核验标准。

雇主、保险公司/第三方管理机构、其代理律师、及申领人代理律师须提供以下信息：

必填
WCB 编号 工伤日期 保险公司案件号(若未知, 则提供申领人社会保险号后 4 位)
律师亦可提供 R# 或委托日期。

主治医疗机构必须在案件档案（或案件汇编）中至少包含一份表格 C-4/医疗报告或表格 C-4 AUTH。

必填	以下任选 2 项
WCB 编号	工伤日期 保险公司案件号 申领人社会保险号后 4 位 来自 表格 C-4 的其他信息(出生日期等)

请注意：独立医疗检查员无直接访问权限，应向委托其服务的实体咨询。

请注意：除非另有说明，当商业实体获得访问权限时，该实体雇用的所有员工均获准访问。委员会不负责处理申请人人员变动或联系方式变更事宜。

严禁利益相关方或根据符合《劳工赔偿法》(WCL) 第 110-a(3) 条规定的授权而有权查阅记录的一方，在未获正式授权的情况下要求向第三方披露记录。根据《劳工赔偿法》(WCL) 第 110-a(3) 条规定，申请必须直接由获授权的个人或实体提出。

第三方须提供符合《劳工赔偿法》第 110-a 条的授权文件，例如现行表格 OC-110A。请注意：记录接收方可为商业实体，但**授权不得延伸至**该实体的独立代理人（如记录收集或复印服务商）。**代理人须获得特别授权（可在同一授权书上完成）**。接收记录的电子邮箱地址必须与授权书所列地址相同，或通过私人专业邮箱域名可识别其关联性。

《劳工赔偿法》第 110-a(3) 至 110-a(6) 条：

个人授权。尽管本节第一款规定了披露限制，但个人作为工伤赔偿记录的主体可通过以下方式授权向特定人员披露、重新披露或公布其记录：该人员本无权接收此类记录，但当事人可向委员会提交经主席规定的书面授权表格，或提交经公证的原始授权书，明确指示委员会向该人员披露工伤赔偿记录。但根据本节第一百二十五款规定，任何要求向潜在雇主披露记录的授权均无效；为评估就业适应性或工作能力之目的而披露记录的授权亦无效，且不得据此披露任何记录。任何个人将某人未能根据本款规定提供授权的情况，用于评估其福利资格或作为采取雇佣相关措施的依据，均属违法行为。

任何已获取委员会记录副本或来自委员会记录的个人可识别信息的个人，若向原本无权合法获取这些记录的人披露此类信息，均属违法行为。

任何人明知故犯地以欺诈及其他不正当手段获取含个人可识别信息的工伤赔偿记录，或违反本条规定者，构成 A 级轻罪，经定罪后可处以不超过一千美元罚金。

每当发生违反本节规定的行为时，除可根据本节规定提起的刑事诉讼外，或替代该刑事诉讼，纽约州总检察长可以以人民的名义，向有管辖权的法院或法官提出特别诉讼程序并申请签发禁令。在向被告发出不少于五天的通知后，请求禁止并限制此类违法行为的持续发生。如果法院或法官在审理后确信被告确实违反了本节规定，则无需证明有任何个人因此实际受到伤害或损失，即可签发禁令，禁止并限制任何进一步的违法行为。在此类诉讼中，法院可根据民事诉讼法与规则第 8303 条第 (a) 款第 6 项的规定，核准向总检察长支付相应费用，并责令赔偿损失。凡法院认定存在违反本条规定的情形，可对首次违规处以不超过五百美元的民事罚款，对三年内第二次及后续违规处以不超过一千美元的民事罚款。就任何此类拟议申请，总检察长有权根据民事诉讼法与规则收集证据、认定相关事实并签发传票。

缩写：

委员会	纽约州工伤赔偿委员会
DB	伤残福利
ITIN	个人纳税识别号
PFL	带薪家事假
SSN	社会保险号
WC	工伤赔偿