NEW YORK STATE | Workers' Compensation Board

사건 사본 요청 양식

뉴욕주 산재보상법(WCL) § 110-a는 청구인 개인 식별 정보가 포함된 기록에 대한 접근을 규제합니다. 사건 사본을 받으려면 요청자는 청구에 대한 이해 당사자로서의 지위를 증명하거나 WCL § 110-a(3)을 준수하는 적절한 동의서를 제공해야 합니다. 위원회가 규정한 양식은 OC-110A입니다 (https://www.wcb.ny.gov/content/main/forms/oc110a.pdf). 해당하지 않는 항목에는 "n/a"(해당 없음)를 기재하여 양식을 완전히 작성하십시오. 불완전한 양식은 처리되지 않습니다.

WCL § 110-a(3)을 준수하는 동의서가 파일에 있어야 합니다. 단, 요청자가 직접 이해 당사자인 경우는 예외입니다.

이해 당사자 또는 WCL § 110-a(3)을 준수하는 동의서에 따라 기록에 접근할 권한을 부여받은 당사자가 적절한 동의 없이 제3자에게 기록 공개를 요청하는 것은 엄격히 금지됩니다.

요청자 정보:

요청자 이름/사업체 이름:	
요청자 우편 주소:	
요청자 이메일 주소:	
요청자 역할: 청구인/고용주/의료 제공자 등	
청구인 대리인인 경우 R# 번호 포함:	

*OC-110A 양식에 따라 접근이 허가된 요청자의 경우, 본 양식에 기재된 이메일 주소가 OC-110A 양식에 기재된 주소와 동일하지 않거나 인증된 당사자의 식별 가능한 개인 전문 도메인이 아닌 경우, 기록은 OC-110A 양식에 기재된 이메일 주소로 발송됩니다.

OC-110A 상태:

☐ OC-110A가 이미 사건 파일에 있음. 알고 있는 경우 문서 ID 또는 제출 날짜 _____

☐ OC-110A가 이 문서와 함께 제출됨.

☐ 요청자가 이해 당사자이므로 OC-110A가 불필요함.

☐ WCL § 110-a(3)을 준수하는 다른 원본(자필 서명) 및 공증된 동의서가 제출되었음.

알고 있는 경우 문서 ID 또는 제출 날짜: _____

요청된 기록:

요청된 기록은 위원회 직원이 요청된 기록을 찾을 수 있도록 합리적으로 설명되어야 합니다.

청구인 이름:	
WCB 사건 번호 및/또는 부상 발생일(필수):	
청구인 사회보장번호(끝 네 자리):	보험사 사건 번호:
고용주:	

문서 유형:	**요청 기록 날짜:**
☐ 모든 문서	
☐ 의료 보고서	
☐ IME 보고서	
☐ 결정문	
☐ 사고 보고서	
☐ 기타(설명)	

확인 절차:

WCL § 110-a(3)을 준수하는 동의서가 필요한 이해 당사자 및 비이해 당사자를 포함한 모든 요청자는 충분한 신원 확인 정보를 제공하여 본인 확인을 받아야 합니다. 대부분의 요청자는 이 양식의 요청자 정보 및 요청 기록 섹션에 요청된 정보를 제공함으로써 본인 확인을 받을 수 있습니다. 각 POI 유형별 전체 신원 확인 항목 목록은 ***"이 양식의 목적"***을 참조하십시오. ***불완전한 확인 정보는 요청 거부 또는 지연을 초래할 수 있습니다.***

청구인은 사건 파일의 추가 정보를 제공할 수 있습니다. 다음을 포함합니다.

생년월일:	전화번호:
부상 부위(신체 부위):	
사고 발생 장소(시/카운티):	
보험사 이름:	
담당 의사 또는 병원 이름:	
청구인 변호사 이름:	
마지막 심리/회의 날짜:	마지막 결정 날짜:
사건 조사 결과(AWW, 보상률, ANCR/ODNCR):	

본인은 요청자로서 WCL § 110-a에 따른 정당한 목적을 위해 이 기록을 요청하며, 고용 적합성 또는 능력 평가와 관련하여 이 기록을 요청하는 것이 아니며(WCL §§ 110-a(3) 및 125 참조), 이 기록을 불법으로 재공개하지 않을 것임을 증명합니다(WCL § 110-a[4] 참조).

_____ _____

서명 날짜

이 양식 제출:

이메일	우편	웹 업로드
wcbclaimsfiling@wcb.ny.gov	NYS Workers' Compensation Board Centralized Mailing PO Box 5205 Binghamton, NY 13902-5205	https://wcbdoc.services.conduent.com/

이 양식의 목적

이 양식은 특정 뉴욕주 산재보상 청구(또는 다수의 특정 청구)의 기록 사본을 요청하기 위한 것입니다. 요청자는 다음과 같이 본인 확인을 받아야 합니다.

***OC-110A 양식 또는 WCL § 110-a(3)을 준수하는 공증된 서면 동의서에 따라 승인된 요청자*는 다음을 제공해야 합니다.**

필수 항목	다음 중 2가지
WCB 번호	승인된 본인 이름 승인된 본인 주소 고용주 이름 부상 발생일 청구인 사회보장번호 끝 네 자리

청구인은 2개의 주요 식별 정보 또는 1개의 주요 식별 정보와 3개의 보조 식별 정보를 제공해야 합니다. 귀하가 제공하는 정보가 사건 조합 시 사용된 정보와 일치하도록 가능한 한 많은 식별 정보를 제공하는 것이 좋습니다.

주요 식별 정보	보조 식별 정보
WCB 번호 사회보장번호 끝 네 자리 보험사 사건 번호	고용주 이름 사고 발생일 생년월일 부상 부위(신체 부위) 현재 또는 과거 주소 현재 전화번호 보험사 이름 사고 발생 장소 담당 의사 또는 병원 이름 변호사 이름 심리 장소(위치) 마지막 심리/회의 날짜 마지막 결정 날짜 사건 조사 결과

*미성년 청구인의 수익자 또는 법적 책임자는 청구인과 동일한 기준으로 본인 확인을 받습니다.

***고용주, 보험사/TPA, 그들의 변호사 및 청구인의 변호사*는 다음을 제공해야 합니다.**

필수 항목
WCB 번호 부상 발생일 보험사 사건 번호(알 수 없는 경우, 청구인 사회보장번호 끝 네 자리)
변호사는 R# 또는 선임 날짜도 제공할 수 있습니다.

담당 의료 제공자는 사건 파일(또는 사건 조합)에 최소한 하나의 C-4/의료 보고서 또는 C-4 AUTH가 있어야 합니다.

필수 항목	다음 중 2가지
WCB 번호	부상 발생일 보험사 사건 번호 청구인 사회보장번호 끝 네 자리 ***C-4 양식***의 기타 정보(생년월일 등)

참고: 독립 의료 검사관은 직접 접근이 허용되지 않으며, 자신의 서비스를 의뢰한 기관에 문의해야 합니다.

참고: *별도로 명시되지 않는 한, 사업체에 접근이 허용된 경우, 해당 사업체에 고용된 모든 직원에게도 접근이 허용됩니다. 위원회는 요청자 측의 직원 변경 또는 연락처 정보 변경에 대해 책임을 지지 않습니다.*

이해 당사자 **또는 WCL § 110-a(3)을 준수하는 동의서에 따라 기록에 접근할 권한을 부여받은 당사자**가 적절한 동의 없이 제3자에게 기록 공개를 요청하는 것은 엄격히 금지됩니다. WCL § 110-a(3)에 따라, 요청은 접근이 허가된 개인 또는 기관으로부터 직접 제출되어야 합니다.

제3자는 현행 OC-110A 양식과 같이 산재보상법 § 110-a를 준수하는 동의서를 포함해야 합니다. 기록이 공개되는 "개인"은 사업체일 수 있지만, ***동의서****는 기록 수집 또는 복사 서비스와 같은* 해당 사업체의 별도 대리인에게는 ***적용되지 않습니다***. ***대리인은 구체적으로 승인을 받아야 합니다(동일한 동의서 양식에서 처리될 수 있습니다).*** 기록을 받을 이메일 주소는 동의서에 기재된 이메일 주소와 동일하거나 개인 전문 이메일 도메인을 통해 식별 가능하게 연관되어야 합니다.

산재보상법 §§ 110-a(3) ~ 110-a(6):

개인 동의. 이 조항의 제1항에 규정된 공개 제한에도 불구하고, 산재보상 기록의 당사자인 사람은 위원장이 규정한 양식에 따른 서면 동의서를 위원회에 제출하거나, 위원회가 해당 사람에게 산재보상 기록을 공개하도록 구체적으로 지시하는 공증된 원본 동의서를 제출함으로써, 그러한 기록을 받을 권한이 없는 특정인에게 자신의 기록을 공개, 재공개 또는 발행하도록 승인할 수 있습니다. 단, 이 조항 제125조에 따라 취업 예정 고용주에게 기록 공개를 지시하는 동의서는 유효하지 않으며, 고용 적합성 또는 능력 평가와 관련하여 기록 공개를 허가하는 동의서도 유효하지 않으며, 그에 따른 기록 공개는 이루어지지 않습니다. 어떤 사람도 이 항목에 따른 동의서를 제공하지 않은 개인의 행위를 혜택 수혜 자격 평가 목적 또는 고용 관련 조치의 근거로 고려하는 것은 불법입니다.

위원회 기록의 사본 또는 위원회 기록에서 개인 식별 정보를 취득한 사람이 그러한 정보를 합법적으로 취득할 권한이 없는 사람에게 공개하는 것은 불법입니다.

허위 명목 또는 기타 방법으로 개인 식별 정보가 포함된 산재보상 기록을 고의적으로 취득하거나 이 조항을 위반하는 사람은 A급 경범죄로 유죄 판결을 받을 수 있으며, 유죄 판결 시 1,000달러 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다.

이 조항에 따라 가능한 형사 소송에 추가하여 또는 이를 대신하여, 이 조항을 위반한 경우 법무장관이 뉴욕주 주민의 이름으로 관할권이 있는 법원 또는 판사에게 특별 소송 절차를 통해 금지 명령 신청을 할 수 있으며, 피고인에게 5일 이상의 통지를 한 후 해당 위반의 지속을 금지하고 제한할 수 있습니다. 법원 또는 판사가 피고인이 실제로 이 조항을 위반했다고 인정하는 경우, 어떤 사람이 실제로 부상을 입거나 손해를 입었다는 증거 없이도 추가 위반을 금지하는 명령을 해당 법원 또는 판사가 발행할 수 있습니다. 그러한 소송에서 법원은 민사소송법 및 규칙 제8303조 제(a)항 제6호에 규정된 바와 같이 법무장관에게 허용을 할 수 있으며, 원상회복을 명령할 수 있습니다. 법원이 이 조항의 위반이 발생했다고 결정하는 경우, 법원은 첫 번째 위반에 대해 500달러 이하, 3년 이내에 두 번째 또는 이후 위반에 대해 1,000달러 이하의 민사 벌금을 부과할 수 있습니다. 그러한 신청과 관련하여, 법무장관은 관련 사실에 대한 증거를 채택하고 결정을 내리며 민사소송법 및 규칙에 따라 소환장을 발부할 권한이 있습니다.

약어:

위원회	뉴욕주 산재보상위원회
DB	장애
ITIN	개인 납세자 식별 번호
PFL	유급 가족 휴가
SSN	사회보장번호
WC	산재보상