

索賠資訊—所有通信都應包括這些數字

受傷/患病日期：_____ WCB 案件編號：_____

受傷勞工資訊

如果是新地址，請勾選

姓氏：_____ 名字：_____ 中間名首字母：_____

郵寄地址：_____ 第 2 行：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____ 國家：美國

日間電話號碼：_____ 電子郵件地址：_____

社會安全號碼：_____ 出生日期：_____ 性別： 男 女 第三性別

雇主資訊

雇主名稱：_____

郵寄地址：_____ 第 2 行：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____ 國家：美國

雇主電話：_____ 聯邦稅號：_____ 稅號是 (請勾選一項)： SSN EIN

此請求的原因—說明：請勾選所有適用的方塊。請務必根據每個核取方塊的要求附上其他表格、醫療報告、信函等。如果已經提交附加資訊，請不要再附上，但盡量在本表底部的空白處註明**表格編號或標題以及提交給委員會的日期。在下面的表格上簽名並註明日期。

賠償金付款：

a. 自_____起我沒有工作，也沒有收到付款。需要提供表明殘疾的醫療文件資料。

請勾選所有適用項：

- 我已經提出了工傷索賠。
- 我的雇主沒有支付我的工資。
- 我的索賠沒有被拒絕。
- 我沒有收到禁止我獲得賠償的決定。
- 我曾試圖與保險公司解決這個問題。

b. 我的付款已被停止或減少。

c. 自_____起我已重返工作崗位，並領取全薪。

d. 我賺的錢比我受傷前少。附上當前的工資單和您的醫生提供的醫療報告。

e. 在事故/受傷當天，我有兩個或更多的雇主 (兼任多職)。
附上您受傷前的每週工資總額和第二位雇主關於損失時間的聲明。

f. 我於_____被解除監禁，但沒有收到付款。
附上顯示醫療殘疾的醫療報告和解除監禁的文件。

g. 按照於_____提出的決定中的指示，我沒有得到報酬

醫療問題：

h. 保險公司拒絕了我的事先授權申請 (PAR)。附上 PAR 拒絕書。

只有在以下情況下才可以申請 WCB 裁決審查：

拒絕類別為行政或無管轄權。

附上能說明為什麼拒絕是不正確的任何文件。

MTG 特殊服務或 MTG 差異 PAR 因醫療原因被拒絕。(醫療提供者沒有尋求 MDO 審查)

非 MTG 超過 \$1,000 PAR 得到部分批准。

i. 医疗主任办公室拒绝或部分批准了我的药物、耐用医疗设备、医疗指南 (MTG) 差异或 MTG 特殊服务事先授权申请 (PAR)。随附有关治疗的“决议通知”。

j. 我的殘疾現在是永久性的。附上醫生的 MMI/永久性損傷報告 (C-4.3 表)。

如果您在發生事故時未滿 25 歲，請勾選此方塊。

k. 我的醫療狀況已經改變。附上醫療表格。

l. 我的醫療和交通運輸補償申請被拒絕或沒有得到解決。附上收據和 C-257 表。



其他問題：

m. 我有新資訊和/或委員會要求提供的資訊，關於（附上文件）：

n. 其他（在下方提供的空白處解釋）：

****文件參考資訊（日期、名稱/標題、表格編號）：** _____

受傷勞工簽名： _____ 日期： _____

致受傷勞工—關於使用此表格的一般資訊

當您希望勞工賠償委員會對您的索賠採取具體行動時，或者如果您需要提醒委員會注意任何影響您的索賠的問題或情況，您可以向委員會提交這份表格 (RFA-1W) 及任何附件。許多最經常請求的行動/情況被列為賠償金付款問題 (項目 a 至 g)，或醫療問題 (項目 h 至 l)，但您並不局限於這些所列的問題。勾選所有適用項和/或在所提供的空白處 (m 或 n) 增加附加資訊或解釋。

填寫 RFA-1W 表頂部的身分識別資訊，並將該表連同附上的所有適用的資訊*寄到：

Workers' Compensation Board

PO Box 5205

Binghamton, NY 13902-5205

電子郵件提交地址：wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov

當委員會對您的索賠採取行動時，將與您和所有各方聯絡。

*在每個核取方塊後面，您會看到用粗體字寫的所需資訊。例如，如果您讓委員會知道您的殘疾現在是永久性的 (方塊 j)，則需要的資訊是，醫生的 MMI/永久性損傷報告 (C-4.3 表)。

您必須將此表的副本寄給保險公司，或者如果雇主是自我保險，則直接寄給雇主或其第三方管理人。

如果您有任何其他疑慮，您可以聯絡委員會的**受傷勞工維權者**，電話：**(800) 580-6665**。有關委員會其他服務的附加資訊可在委員會的網站上獲得：**www.wcb.ny.gov**。如果您想在線上追蹤您的索賠，您可以使用委員會網站上 eCase 連結下提供的註冊說明註冊 eCase。

您有權獲得法律代表。律師不能直接向您收取代理勞工賠償索賠的費用。如果您的索賠有賠償裁定額，任何法律費用請求必須得到委員會的批准，並將由保險公司從給您的賠償裁定額中扣除，並直接支付給律師。

醫療—藥物/耐用醫療設備/治療/測試—如醫療申請被拒絕，而您就方塊 h 中所列的原因之一向委員會申請援助，則應使用此表。如果尚未申請事先授權而又需要，您的醫療保健服務提供者必須提交事先授權申請 (PAR)。有關提交事先授權申請或未付醫療帳單的資訊，請訪問 WCB 網站 www.wcb.ny.gov。

任何有意且蓄意欺詐的人向保險公司或自我保險者提交、導致由其提交、或在知道或相信會提交給保險公司或自我保險者或者由其提交的情況下準備任何含有任何虛假重要陳述的資訊或隱瞞任何重要事實的，均屬犯罪，將被處以巨額罰款和監禁。

根據《紐約個人隱私保護法》(《公職人員法》第 6-A 條款) 和《1974 年聯邦隱私法》(《美國法典》(U.S.C.) 第 5 篇第 § 552a 條) 的規定進行通知。勞工賠償委員會 (委員會) 要求受傷勞工提供個人資訊 (包括他們的社會安全號碼) 的權力，來自於《勞工賠償法》(WCL) 第 § 20 條規定的委員會的調查權力，以及 WCL 第 § 142 條規定的其行政權力。收集這些資訊是為了協助委員會以最得當的方式調查和執行索賠，並幫助委員會保持準確的索賠紀錄。向委員會提供您的社會安全號碼是自願的。未能在此表格中提供您的社會安全號碼不會受到處罰；這不會導致您的索賠被拒絕或減少福利。委員會將保護其掌握的所有個人資訊的保密性，只有在促進其官方職責並依照適用的州和聯邦法律的情況下才會披露這些資訊。