

**청구 정보 - 모든 연락은 이 번호를 포함해야 합니다**

상해/질병 날짜: \_\_\_\_\_ WCB 케이스 번호: \_\_\_\_\_

**산재 근로자 정보**

새 주소인 경우 체크하십시오

성: \_\_\_\_\_ 이름: \_\_\_\_\_ 중간 이름: \_\_\_\_\_

우편 주소: \_\_\_\_\_ 주소 2: \_\_\_\_\_

시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_ 국가: USA

주간 전화번호: \_\_\_\_\_ 이메일 주소: \_\_\_\_\_

사회보장번호(SSN): \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_ 성별:  남성  여성  기타

**고용주 정보**

고용주 이름: \_\_\_\_\_

우편 주소: \_\_\_\_\_ 주소 2: \_\_\_\_\_

시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_ 국가: USA

고용주 전화번호: \_\_\_\_\_ 연방 세금 ID 번호: \_\_\_\_\_ 세금 ID 번호(하나에 체크):  SSN  EIN

**요청 사유 - 지침:** 해당하는 모든 상자에 체크하십시오. 각 체크 상자에 필요한 추가 양식, 의료 기록, 서신 등을 첨부하셔야 합니다. 추가 정보를 이미 제출한 경우 첨부하지 마시고, 이 양식\*\* 하단의 공간에 양식 번호 또는 제목 및 Board에 제출한 날짜를 기재해서 밝히십시오. 아래 양식에 서명하고 날짜를 기재하십시오.

**보상 지급:**

a. 본인은 \_\_\_\_\_ 기준으로 일하고 있지 않으며 급여를 지급받지 못하고 있다. **장애를 나타내는 의료 문서 필요. 해당하는 항목을 모두 체크하십시오.**

- 본인은 업무 관련 상해에 대한 청구를 제출하였다.
- 고용주가 내게 임금을 지불하지 않고 있다.
- 본인의 청구가 거부되지 않았다.
- 본인은 본인에 대한 보상을 금지하는 결정을 수령한 적이 없다.
- 본인은 보험회사와 문제 해결을 시도하였다.

b. 본인의 급여 지급이 중단 또는 축소되었다.

c. 본인은 전액 봉급으로 \_\_\_\_\_ 에 업무에 복귀하였다.

d. 본인은 상해를 입기 전보다 급여를 적게 받고 있다. **현재 급여 명세서 및 담당 의사의 의료 기록을 첨부하십시오.**

e. 본인은 사고/상해 날짜 당시 고용주가 두 명 이상이었다(이중 고용). **상해를 입기 전의 주간 급여 총액 및 휴업 시간에 대한 두 번째 고용주로부터의 진술서를 첨부하십시오.**

f. 본인은 \_\_\_\_\_ 에 석방되었고 급여를 지급받지 못하고 있다. **신체적 장애가 표시된 의료 기록 및 구금 석방 서류를 첨부하십시오.**

g. 본인은 \_\_\_\_\_ 에 내려진 결정에 따른 급여를 지급받지 못했다.

**의학적 문제:**

h. 보험회사가 내 사전 승인 요청(PAR)을 거부했다. **PAR 거부를 첨부하십시오.**

WCB 판정에 의한 검토는 다음과 같은 경우에만 가능합니다.

거부 범주가 Administrative(관리) 또는 No Jurisdiction(관할 없음)인 경우. **거부가 잘못이라는 이유를 보여주는 모든 문서를 첨부하십시오.**

MTG Special Services(특별 서비스) 또는 MTG Variance PAR이 의학적 이유로 거부됨. (의료 제공자는 MDO 검토를 요구하지 않음)

\$1,000 이상 PAR의 Non-MTG가 부분적으로 인정됨.

i. 의료 책임자 사무실에서 본인의 약품, 내구성 의료 장비, MTG Variance 또는 MTG Special Services(특별 서비스)를 거부했거나, 일부만 승인했습니다. **치료에 관한 "Notice of Resolution(해결 통지서)"를 첨부하십시오.**

j. 본인의 장애는 이제 영구적이다. **MMI/Permanent Impairment(영구 장애)(양식 C-4.3)에 대한 의사 기록을 첨부하십시오.**

사고 당시 25세 이하였던 경우 이 상자를 체크하십시오.

k. 본인의 의학적 상태가 변했다. **의료 양식을 첨부하십시오.**

l. 의료 및 이송 배상에 대한 본인의 요청이 거부되거나 해결되지 않았다. **확인서 및 양식 C-257을 첨부하십시오.**



**기타 문제:**

m. 본인은 다음에 대해 새로운 정보 및/또는 Board에서 요청한 정보를 보유하고 있다(문서 첨부).

n. 기타(아래 공간에 설명하십시오):

**\*\*문서 참조 정보(날짜, 이름/제목, 양식 ID):** \_\_\_\_\_

**산재 근로자의 서명:** \_\_\_\_\_ **날짜:** \_\_\_\_\_

## 산재 근로자 대상 - 이 양식 사용에 대한 일반 정보

귀하는 귀하의 청구에 대해 Workers' Compensation Board의 특정한 조치를 원할 경우 또는 귀하의 청구에 영향을 미치는 문제 또는 상황을 Board에 알려야 할 경우, 이 양식(RFA-1W) 및 모든 첨부 문서를 Workers' Compensation Board에 제출하실 수 있습니다. 가장 많이 요청되는 대부분의 조치/상황은 보상 지급 문제(항목 a~g) 또는 의료 문제(항목 h~ l)지만 나열된 항목에 국한되지 않습니다. 해당하는 모든 항목에 체크하거나 제공된 공간(m 또는 n)에 추가 정보 또는 설명을 기재하십시오.

양식 RFA-1W 상단의 식별 정보를 작성하고 해당하는 모든 정보를 첨부하여\* 양식을 다음 주소로 보내주십시오.

**Workers' Compensation Board**

**PO Box 5205**

**Binghamton, NY 13902-5205**

**이메일 제출 주소: [wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov](mailto:wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov)**

Board는 귀하의 청구에 대한 조치를 취할 때 귀하와 모든 이해당사자에게 연락할 것입니다.

\*각 체크 상자 뒤에 굵은 글씨로 쓰여있는 필요한 정보를 확인하실 수 있습니다. 예를 들어 귀하의 장애가 이제 영구적임을 Board에 알리는 경우(상자 j), 필요한 정보는 MMI/Permanent Impairment(영구 장애)에 대한 의사의 기록(양식 C-4.3)입니다.

이 양식의 사본을 보험회사 또는 직접 고용주에게 보내거나 고용주가 자가보험에 가입한 경우 제3자 행정 담당자에게 보내셔야 합니다.

기타 우려 사항에 대해서는 Board의 **산재 근로자 지원관(ADVOCATE FOR INJURED WORKERS)**에게 (800) 580-6665번으로 연락하실 수 있습니다. 기타 Board 서비스에 대한 추가 정보는 Board 웹사이트([www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov))에서 확인하실 수 있습니다. 온라인으로 청구 상황을 추적하려는 경우, Board 웹사이트의 eCase 링크에서 확인할 수 있는 등록 지침을 이용해 eCase에 등록하실 수 있습니다.

귀하는 법정 대리에 대한 권리가 있습니다. 변호사는 산재보험 청구의 대리행위에 대해 귀하에게 직접 비용을 요청할 수 없습니다. 귀하의 청구에 대한 보상이 있는 경우, 모든 법률 비용 요청은 Board에서 승인해야 하며, 보험회사가 귀하의 수당에서 공제한 후 변호사에게 직접 지급합니다.

**치료** - 약품/내구성 의료 장비/치료/검사 - 의료 요청이 거부되었을 때 그리고 상자 h에 나열된 이유 중 하나에 대해 Board의 지원을 요청할 때 이 양식을 사용할 수 있습니다. 사전 승인이 필요하지만 아직 요청하지 않은 경우, 귀하의 의료 서비스 제공자는 사전 승인 요청(PAR)을 제출해야 합니다. 사전 승인 요청 제출 또는 미납 의료비에 관한 정보는 WCB 웹사이트([www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov))에서 확인하실 수 있습니다.

고의로 그리고 제출을 속이려는 의도로, 거짓 진술서를 포함한 정보가 보험회사 또는 자가보험회사에 제출되게 유도하거나, 그것이 제출될 것이라는 인식 또는 믿음 하에 준비하거나, 중요한 사실을 숨기는 것은 범죄이며 상당한 벌금 및 구금에 처할 수 있습니다.

**뉴욕 개인 정보 보호법(공무원법 제6-A조) 및 1974년 연방 개인 정보 보호법(5 U.S.C. § 552a)에 따른 통지.** 산재 근로자의 사회보장번호를 포함한 개인 정보 제공을 요청하는 Workers' Compensation Board(Board)의 권한은 산재보험법(WCL) § 20 및 WCL § 142하의 행정 권한에 따른 Board의 조사 권한으로부터 나온 것입니다. 본 정보는 가장 합당한 방법으로 Board의 청구 조사 및 관리를 지원하고 정확한 청구 기록을 유지하도록 돕기 위해 수집됩니다. 청구인이 Board에 사회보장번호를 제공하는 것은 자발적인 것입니다. 청구인이 이 양식에 사회보장번호를 제공하지 않는다 해도 처벌받지 않으며 이로 인해 청구가 거부되거나 혜택이 감소되지 않습니다. Board는 보유한 모든 개인 정보의 기밀을 보장하며 공무상 진행 그리고 해당 주 및 연방법에 의해서만 공개합니다.