



# Вы получили травму на работе. Что делать дальше?

Совет штата Нью-Йорк по компенсациям работникам (New York State Workers' Compensation Board) (далее – Совет) получил уведомление о том, что вы получили производственную травму, и мы подготовили иск по компенсации работнику от вашего имени. Возможно, вы уже получили необходимое лечение. Если этого еще не произошло, обратитесь за необходимой медицинской помощью как можно скорее.

За помощью с подачей заявления обратитесь к **Совету по компенсациям работникам** по номеру **(877) 632-4996**.

## Ваши обязанности

- Вы обязаны уведомить своего работодателя в письменной форме о том, когда, где и как вы получили травму. Сделайте это как можно скорее не позднее 30 дней после получения травмы.
- Сообщите своим поставщикам медицинских услуг о том, что вы получили производственную травму, а также сообщите имя и фамилию своего работодателя. Не оплачивайте лечение и не пользуйтесь медицинской страховкой. Ваш поставщик медицинских услуг передаст в Совет, вашему работодателю или в его страховую компанию медицинские отчеты. Если ваш случай будет оспорен, Совету понадобится медицинский отчет о вашей травме, чтобы рассмотреть ваше заявление.
- Вам следует подать **Employee Claim** (Заявление работника, форма C-3R) о своей травме в Совет как можно скорее (вы должны уведомить Совет о своей травме или болезни в течение двух лет). Если вы уже повреждали пострадавшую часть тела или страдали от похожего заболевания в прошлом, вам также следует предоставить **Limited Release of Health Information** (Ограниченное разрешение на предоставление информации о состоянии здоровья, форма C-3.3R).

## Два способа подать заявление

Посетите сайт [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov) и выберите **File a Claim** (Подать заявление).

Заполните приложенные бумажные формы и отправьте Совету.

Если у вас возникнут вопросы о подаче Заявления работника (форма C-3R), позвоните по номеру **(877) 632-4996**, и представитель Совета поможет вам.

## Счета за медицинское обслуживание и дорожные расходы

**Не** платите своему поставщику медицинских услуг или больнице за лечение вашей травмы/болезни. Эти счета оплачиваются страховой компанией, если только Совет признает ваше заявление недействительным. Если ваш случай будет оспорен, счета поставщиков медицинских услуг будут оплачены, если Совет примет решение в вашу пользу. *Однако, если Совет примет решение не в вашу пользу, или же если вы решите не отстаивать свое дело, вы будете должны оплатить счета поставщика медицинских услуг или больницы самостоятельно (или направить их в свою страховую компанию).*

Компенсационная страховка вашего работодателя на случай производственной травмы или профзаболевания покрывает расходы на необходимые медицинские препараты и оборудование, предписанные вашим поставщиком медицинских услуг. Вам также могут возместить расходы на бензин, проезд на общественном транспорте или другие необходимые дорожные расходы, связанные с лечением. Убедитесь, что у вас есть чеки, подтверждающие понесенные вами расходы, и передайте их в страховую компанию вашего работодателя с помощью **Claimant's Record of Medical and Travel Expenses and Request for Reimbursement** (Журнала медицинских и транспортных расходов заявителя и запроса на компенсацию, форма C-257R).

## ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ЗАЯВИТЕЛЯ

В целом вы можете выбрать любого поставщика медицинских услуг при условии, что этот поставщик утвержден Советом. Вы можете найти утвержденного поставщика медицинских услуг в своем районе с помощью функции **Find a Doctor** («Поиск врача») на веб-сайте Совета **wcb.ny.gov**. Вы также можете обратиться в клинику профессиональной гигиены. Однако если у страховой компании вашего работодателя есть предпочитаемая организация-поставщик медицинских услуг (Preferred Provider Organization, PPO) для лечения производственных травм сотрудников, вы должны обратиться за первоначальным лечением к поставщику из предпочитаемой сети. Если у этой страховой компании также есть своя аптека или сеть диагностических центров, вы должны обслуживаться именно в этих сетях. Страховая компания обязана сообщить вам о требуемых сетях поставщиков и рассказать, как пользоваться их услугами.

### Компенсация потерянной заработной платы

Вы имеете право на незамедлительную компенсацию части потерянной заработной платы, если ваша травма имеет какие-либо из следующих последствий:

1. Вы не можете вернуться к работе в течение более чем семи дней.
2. Какая-либо часть вашего тела неизлечимо пострадала.
3. Ваша заработная плата стала меньше, потому что теперь вы работаете меньше часов или выполняете другую работу.

Вы можете обратиться к адвокату или лицензированному представителю за помощью с вашим заявлением, однако это не обязательно. Совет устанавливает стоимость своих услуг, и эта сумма будет вычтена из вашей компенсации за потерянную заработную плату. Вы или ваши родственники не должны напрямую платить вашему адвокату или лицензированному представителю.

Если ваш случай будет оспорен, вы можете получать пособие по инвалидности во время слушания вашего дела. Чтобы получить **Notice and Proof of Claim for Disability Benefits** (уведомление и подтверждение заявления на получение пособия по инвалидности, форма DB-450R), посетите веб-сайт **wcb.ny.gov**, позвоните в Совет, чтобы обратиться за помощью, или придите в офис Совета. Если решение по делу будет принято в вашу пользу, пособие по безработице будет вычтено из компенсации потерянной заработной платы.

### Помощь рядом

Иногда для того чтобы возобновить работу, нужна помощь. Ваш работодатель может предложить вам альтернативные или более простые задания, которые вы сможете выполнять в период восстановления. Травма также может привести к трудностям в семье и финансовым проблемам. В Совете есть консультанты по профессиональной реабилитации и социальные работники, готовые помочь вам. Позвоните в Совет, чтобы получить более подробную информацию о доступных услугах или необходимую вам помощь.

Если вы беспокоитесь о зависимости от опиоидных обезболивающих препаратов, позвоните на горячую линию Управления штата Нью-Йорк по борьбе с алкогольной и наркотической зависимостью (NYS OASAS HOPEline) по номеру **877-8-НOPENY (877-846-7369)**.

### Что дальше?

Если ваше заявление будет принято, ваш работодатель или его поставщик компенсационного страхования свяжется с вами. Когда это произойдет, будут оплачены счета ваших поставщиков медицинских услуг и начнется выплата компенсации потерянной заработной платы. Если ваш случай будет оспорен, Совет уведомит вас о решении по делу и при необходимости может потребовать у вас предоставить дополнительную информацию.

## ВАЖНАЯ КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Совет по компенсациям  
работникам, включая пособие  
по инвалидности

(877) 632-4996

general\_information@wcb.ny.gov

wcb.ny.gov



Программа Совета eCase позволяет вам просматривать содержимое папки вашего дела онлайн. Чтобы ознакомиться с общей информацией или зарегистрироваться в eCase, посетите веб-сайт Совета: [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov).



**Workers'  
Compensation  
Board**



Заполните эту форму заявления на получение компенсационных выплат работникам за производственные травмы или профессиональные заболевания. Напечатайте или аккуратно напишите печатными буквами. Данную форму можно также заполнить на сайте [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov).

№ дела УПРАВЛЕНИЯ ПО КОМПЕНСАЦИЯМ (если известен): \_\_\_\_\_

**A. СВЕДЕНИЯ О ВАС (работнике)**

- 1. ФИО: \_\_\_\_\_ 2. Дата рождения: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Имя Отчество Фамилия
- 3. Почтовый адрес: \_\_\_\_\_  
Дом, улица / а/я Город Штат Почтовый индекс
- 4. № социального страхования: \_\_\_\_\_ 5. Телефон: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 6. Пол:  Мужской  Женский
- 7. Потребуется ли вам переводчик в случае необходимости вашего присутствия на слушаниях Управления?  Да  Нет Если да, то какой язык?

**B. ВАШ(И) РАБОДАТЕЛЕМ(И)**

- 1. Работодатель при получении травмы: \_\_\_\_\_ 2. Телефон: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- 3. Ваш рабочий адрес: \_\_\_\_\_  
Дом, улица Город Штат Почтовый индекс
- 4. Дата поступления на работу: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 5. ФИО вашего руководителя: \_\_\_\_\_
- 6. Назовите имена/адреса других работников, работавших во время получения вами травмы/заболевания: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 7. Потеряли ли вы рабочее время на какой-либо другой своей работе в результате травмирования/заболевания?  Да  Нет

**C. ВАША ДОЛЖНОСТЬ на момент получения травмы/заболевания**

- 1. Название должности и описание трудовых обязанностей. \_\_\_\_\_
- 2. Какого рода действия вы обычно выполняли на работе? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 3. Какая у вас была работа? (отметьте один вариант)  Полный рабочий день  Неполный рабочий день  Сезонная работа  
 Работа на добровольных началах  Другое: \_\_\_\_\_
- 4. Сколько составляла ваша заработная плата до вычетов налогов за платежный период? \_\_\_\_\_ 5. Как часто вам платили? \_\_\_\_\_
- 6. Получали ли вы жилье или чаевые в дополнение к вашей заработной плате?  Да  Нет Если да, то поясните: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**D. ВАША ТРАВМА ИЛИ БОЛЕЗНЬ**

- 1. Дата получения травмы или дата начала болезни: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 2. Время получения травмы: \_\_\_\_\_  AM (утра)  PM (вечера)
- 3. Где получена травма/болезнь? (например, Мейн-Стрит, д.1, Поттерсвилль, у входной двери) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 4. Были ли это вашим обычным местом работы?  Да  Нет Если нет, то почему вы оказались в том месте? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 5. Что вы делали, когда получили травму или заболели? (например, разгружали грузовик, печатали отчет) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 6. Как получена травма/болезнь? (например, споткнулся о трубу и упал на пол) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 7. Дайте полное описание характера вашей травмы/болезни, перечислите поврежденные части тела (например, вывихнутая левая лодыжка и порез на лбу): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ВАШИ ФИО: \_\_\_\_\_  
Имя Отчество Фамилия

ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ ТРАВМЫ/БОЛЕЗНИ: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### D. ВАША ТРАВМА ИЛИ БОЛЕЗНЬ (продолжение)

8. Была ли травма/болезнь вызвана воздействием какого-либо объекта (например, вилочный погрузчик, молоток, кислота)?  
 Да  Нет Если да, то какого? \_\_\_\_\_
9. Была ли травма вызвана в результате использования зарегистрированного транспортного средства или управления им?  Да  Нет  
Если да, то укажите регистрационный номер  вашего ТС  ТС работодателя  другого ТС  (если известен): \_\_\_\_\_  
Если в этом участвовало ваше ТС, укажите название и адрес страховщика вашего ТС: \_\_\_\_\_
10. Сообщили ли вы вашему работодателю (или непосредственному руководителю) о травме/болезни?  Да  Нет  
Если да, то укажите, кому вы сообщили: \_\_\_\_\_  устно  в письменном виде Дата вашего сообщения: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
11. Видел ли кто-нибудь, как вы получили травму?  Да  Нет  Неизвестно Если да, укажите имена: \_\_\_\_\_

#### E. ВОЗОБНОВЛЕНИЕ РАБОТЫ

1. Прекратили ли вы работу из-за вашей травмы/болезни?  Да, с какой даты? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Нет, перейти к разделу F.
2. Вы возобновили работу после этого?  Да  Нет Если да, то с какой даты? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 обычные обязанности  ограниченные обязанности
3. Если вы возобновили работу, на кого вы сейчас работаете?  На того же работодателя  На нового работодателя  На себя
4. Сколько составляет ваша заработная плата до вычетов налогов за платежный период? \_\_\_\_\_  
Как часто вам платят? \_\_\_\_\_

#### F. МЕДИЦИНСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДАННОЙ ТРАВМЫ ИЛИ БОЛЕЗНИ

1. Когда вам впервые оказали медицинскую помощь? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Не оказывали (перейти к вопросу F-5)
2. Вам оказали медицинскую помощь на месте работы?  Да  Нет
3. Где вам впервые оказали медицинскую помощь при вашей травме/болезни за пределами места работы?  не оказывали  
 В пункте скорой помощи  В кабинете врача  В клинике/больнице/пункте неотложной помощи  Пребывание в больнице более 24 часов  
Наименование и адрес учреждения, где вам впервые оказали медицинскую помощь: \_\_\_\_\_  
Телефон: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
4. Вы все еще проходите курс лечения данной травмы/болезни?  Да  Нет  
Назовите имена и адреса врачей, лечивших данную травму/болезнь: \_\_\_\_\_  
Телефон: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
5. Ранее имели место другие повреждения этой же части тела или подобное заболевание?  Да  Нет  
Если да, то вас лечил врач?  Да  Нет Если да, то укажите имена и адреса лечивших вас врачей (врача) и **ЗАПОЛНИТЕ ФОРМУ С-3.3 И ПЕРЕДАЙТЕ ВМЕСТЕ С НАСТОЯЩИМ ЗАЯВЛЕНИЕМ:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Была ли предыдущая травма/болезнь связана с работой?  Да  Нет  
Если да, то работали ли вы у того же работодателя, что и сейчас?  Да  Нет

Настоящим я предъявляю требования о выплате мне пособий по Закону о компенсациях работникам. Моя подпись подтверждает, что предоставленная мной информация является достоверной и точной в меру моих знаний и убеждений.

Любое лицо, которое сознательно и С ЦЕЛЬЮ ОБМАНА предоставляет, добивается предоставления или подготавливает любую информацию, содержащую любое ЛОЖНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ ПО СУЩЕСТВУ или скрывающую любой существенный факт, зная или полагая, что такая информация будет предоставлена страховщиком или страховщику, или самостраховщиком / самостраховщику, СЧИТАЕТСЯ ВИНОВНЫМ В ПРЕСТУПЛЕНИИ, за совершение которого предусмотрены значительные ШТРАФЫ И ТЮРЕМНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Подпись работника: \_\_\_\_\_ ФИО печатными буквами: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
От лица работника: \_\_\_\_\_ ФИО печатными буквами: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Физическое лицо может ставить подпись от лица работника, только если он или она уполномочены на это законом и работник является несовершеннолетним, неменяемым или нетрудоспособным.**

В меру моих знаний, информации и убеждений, сформировавшихся после проведения расследования, целесообразного сложившимся обстоятельствам, я удостоверяю, что утверждения и другие факты, заявленные выше, подтверждены доказательствами или, вероятно, будут подтверждены доказательствами при обоснованной возможности дальнейшего расследования или представления документов.

Подпись адвоката/представителя (если таковой имеется): \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ФИО печатными буквами: \_\_\_\_\_ Звание: \_\_\_\_\_

Идентификационный номер, если имеется: R \_\_\_\_\_ № лицензии для лицензированного представителя: \_\_\_\_\_ Срок действия: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Инструкции по заполнению Employee Claim (Заявление работника, форма C-3R)

Заполните эту форму и отправьте по централизованному почтовому адресу Совета по компенсациям работникам, указанному в конце данных инструкций. Если вам понадобится дополнительная помощь с заполнением данной формы, обратитесь в Совет по компенсациям работникам по телефону **1-877-632-4996**. Вы также можете заполнить эту форму онлайн на веб-сайте **wcb.ny.gov**. Если у вас нет номера вашего дела по компенсации работнику или вы не знаете его, оставьте это поле пустым. Номер не требуется для обработки вашего заявления. Не забудьте указать фамилию и имя, а также дату получения травмы / начала болезни в верхней части второй страницы.

### Раздел А – сведения о вас (о работнике)

В разделе А укажите свои фамилию и имя, адрес и другую требуемую информацию.

**Примечание к пункту 7.** Слушания совета проводятся на английском языке. Если вам необходим переводчик, выберите вариант **Да** и укажите нужный язык.

**Примечание в соответствии с Законом о защите персональных данных (New York Personal Privacy Protection Law) (Закон о государственных служащих (Public Officers Law), статья 6-A), и с Законом «О конфиденциальности» (Federal Privacy Act) от 1974 г. (п. 5 Свода законов США, § 552a).**

Совет по компенсациям сотрудникам (Совет) имеет право требовать от заявителей предоставить дополнительную информацию, в том числе номер социального обеспечения, в соответствии с правом осуществлять следственные действия, предоставленным ему Законом о компенсации работникам (Workers' Compensation Law, WCL), § 20, а также – с правом предпринимать административные действия, предоставленным ему Законом о компенсации работникам, § 142. Эта информация необходима Совету, чтобы максимально эффективно рассматривать заявления, и осуществлять выплаты по ним а также аккуратно вести документацию. Предоставление номера социального обеспечения Совету является абсолютно добровольным. вы откажетесь указать свой номер социального обеспечения в этой форме, вы не понесете никакого наказания; это не приведет к отказу в рассмотрении вашего заявления или же к сокращению пособия. Совет обязуется соблюдать конфиденциальность всей персональной информации, которую он получает, разглашая ее исключительно в рамках выполнения своих официальных обязанностей и в соответствии с применимыми федеральными законами и законами штата.

### Раздел В – ваш(и) работодатель(и)

В разделе В укажите фамилию и имя, номер телефона и другую информацию о работодателе, у которого вы работали во время получения травмы/болезни. **Примечание.** Ваш работодатель – это компания или организация, которая выдает вам заработную плату. Если вы являетесь подрядчиком, вашим работодателем является кадровое агентство или лицо, которое наняло вас, а не место работы или офис, где вы выполняете свою работу.

### Раздел С – ваша должность на момент получения травмы/заболевания

В разделе В укажите название своей должности, выполняемые вами обязанности и сведения об оплате.

### Раздел D – ваша травма или болезнь

В разделе Г предоставьте информацию о своей травме или болезни.

**Пункт 1:** укажите дату, когда вы получили травму, или же дату, когда вы впервые заметили, что больны.

Если это – болезнь или производственное заболевание, пропустите пункт 2. День, в который вы получили травму, должен быть указан в формате месяц/день/год. Год должен быть указан четырьмя цифрами, например, «2015».

**Пункт 2:** укажите время получения травмы. Отметьте, случилось ли это в первой или во второй половине дня.

**Пункт 3:** укажите место, где вы получили травму/болезнь, включая адрес здания и ваше физическое местоположение в этом здании в момент получения травмы/болезни.

**Пункт 4:** отметьте, случилось ли это на вашем обычном рабочем месте. Если нет, объясните, как вы оказались в этом месте.

**Пункт 5:** подробно опишите, что вы делали в момент получения травмы/болезни (например, вручную разгружали коробки из грузовика).

Это объяснит события, которые предшествовали получению травмы.

**Пункт 6:** подробно опишите, как именно вы получили травму/болезнь (например, «Я выгружал тяжелую коробку из грузовика»).

Укажите также всех людей и все события, которые связаны с получением травмы/болезни.

**Пункт 7:** полностью укажите природу и степень полученной травмы/болезни, в том числе все пострадавшие части тела. Предоставьте максимально точное описание (например, «Я потянул спину, пытаясь поднять тяжелую коробку. Мне больно наклоняться и даже поднимать более легкие предметы»).

**Пункт 8:** укажите, связан ли с происшествием какой-либо предмет, **помимо** зарегистрированного транспортного средства. Такими предметами могут быть инструменты (например, молоток), вещества (например, кислота), машины (например, автопогрузчик или перфоратор) и т. д.

**Пункт 9:** укажите, связано ли происшествие с зарегистрированным транспортным средством. Если да, отметьте, принадлежит ли транспортное средство вам, вашему работодателю или же третьей стороне. Укажите его номер (если таковой известен). Если транспортное средство принадлежит вам, укажите название и адрес вашего поставщика услуг страхования гражданской ответственности владельца транспортного средства.

**Пункт 10:** отметьте, сообщили ли вы своему работодателю или руководителю о травме или болезни. Если да, укажите, кому именно вы сообщили, а также в какой форме: устной или письменной. Укажите дату, когда вы сообщили о своей травме/болезни.

**Пункт 11:** отметьте, видел ли кто-нибудь, как произошел несчастный случай. Если да, укажите имена и фамилии свидетелей.

## Раздел E – возобновление работы

**Пункт 1:** если вы перестали работать в результате производственной травмы/болезни, отметьте ответ «Да» и укажите дату, когда вы перестали работать. Если вы не переставали работать, отметьте вариант «Нет» и перейдите к следующему разделу.

**Пункт 2:** если вы вернулись на работу, отметьте вариант «Да». Также укажите дату, когда вы вернулись на работу, а также возобновили ли вы выполнение своих прежних обязанностей, или же ваша трудоспособность временно ограничена. (Если вы не возобновили выполнение всех служебных обязанностей, которые выполняли до травмы/болезни, ваша трудоспособность временно ограничена.)

**Пункт 3:** если вы вернулись на работу, укажите, где вы работаете сейчас.

**Пункт 4:** укажите размер заработной платы (до удержания налогов) за расчетный период на вашем текущем месте работы. Укажите, как часто вы получаете заработную плату (каждую неделю, каждые две недели и т. д.).

## Раздел F – медицинское лечение данной травмы или болезни

**Пункт 1:** если вы не получили лечения травмы или болезни, отметьте вариант «Лечение не получено» и перейдите к пункту 5. В противном случае укажите дату начала лечения травмы/болезни и заполните этот раздел целиком.

**Пункт 2:** отметьте, получили ли вы первую медицинскую помощь в связи с вашей травмой или болезнью на работе.

**Пункт 3:** отметьте место, где вы получили первую медицинскую помощь в связи с вашей травмой или болезнью за пределами работы. Укажите название и адрес учреждения, а также номер телефона (междугородным кодом).

**Пункт 4:** если вы все еще проходите лечение той же травмы/болезни, отметьте вариант «Да» и укажите фамилии, имена и адреса врачей, которые предоставляют лечение, а также номера их телефонов (с кодами населенных пунктов); в противном случае отметьте вариант «Нет».

**Пункт 5:** если вы считаете, что уже травмировали эту же часть тела или перенесли похожую болезнь, отметьте вариант «Да» и укажите, проходили ли вы лечение у врача в связи с этой травмой/болезнью. Если вы проходили лечение у врача, укажите фамилии, имена и адреса врачей, которые предоставляли лечение, **заполните форму C-3.3R и отправьте ее вместе с данной формой.**

**Пункт 6:** если вы перенесли травму или болезнь в прошлом, отметьте, была ли эта травма или болезнь связана с работой. Если да, отметьте, перенесли ли вы эту травму или болезнь, работая у текущего работодателя.

Подпишите форму C-3R в поле для подписи сотрудника на 2 странице, напишите свои фамилию и имя печатными буквами и укажите дату заполнения формы. Если от имени сотрудника форму подписывает третья сторона, она должна поставить подпись на второй строчке для подписи. Если от вашего имени выступает законный представитель, он **должен** заполнить и подписать раздел сертификации адвоката/представителя в нижней части 2 страницы.

### Что следует сделать каждому работнику в случае получения производственной травмы или болезни:

1. Немедленно уведомить своего работодателя в письменной форме о том, когда, где и как вы получили травму.
2. Немедленно обратиться за медицинской помощью.
3. Попросить своего врача предоставить медицинские отчеты Совету и вашему работодателю или его страховой компании.
4. Заполнить это заявление о компенсации и отправить его в ближайший офис Совета по компенсациям работникам (см. ниже). Если вы не подадите заявление в течение двух лет после даты происшествия, ваше заявление могут отклонить. Если вам понадобится помощь с заполнением данной формы, позвоните в Совет по компенсациям работникам или посетите его ближайший офис.
5. Приходить на все слушания, на которые вас приглашают.
6. Вернуться на работу при первой возможности; размер компенсации всегда ниже размера вашей заработной платы.

### Ваши права

1. В целом вы можете выбрать любого врача на свое усмотрение при условии, что этот врач утвержден Советом. Если ваш работодатель предварительно заключил соглашение с предпочитаемой организацией-поставщиком медицинских услуг (Preferred Provider Organization, PPO), вы обязаны получить первую медицинскую помощь в этой организации, которая была назначена для лечения травм сотрудников, получающих компенсацию.
2. НЕ платите своему врачу или больнице. Их счета будут оплачены страховой компанией, если ваше дело не будет оспорено. Если ваше дело будет оспорено, врач или больница должны будут ждать оплаты до тех пор, пока Совет не примет решение по вашему делу. Если вы не будете отстаивать свое дело, или же если Совет примет решение не в вашу пользу, вы будете должны оплатить счета врача или больницы.
3. Вы также имеете право получить компенсацию за лекарства, костыли или любые аппараты, выписанные вам вашим врачом, а также за расходы бензин топливо и другие транспортные расходы, необходимые для посещения врача или больницы (сохраняйте чеки по всем расходам такого характера).
4. Вы имеете право получить компенсацию, если ваша травма или болезнь не позволяет вам вернуться на работу в течение более семи дней, если из-за нее вы вынуждены работать за более низкую плату, или же если какая-либо часть вашего тела неизлечимо пострадала.
5. Компенсация должна быть выплачена напрямую и незамедлительно, за исключением случаев, когда дело оспаривается.
6. Пострадавшие работники или иждивенцы погибших работников могут самостоятельно представлять себя перед Советом, или же их может представлять адвокат или законный представитель. Если пострадавшая сторона обратилась к услугам адвоката или законного представителя, плата за его/ее юридические услуги будет рассмотрена Советом и в случае одобрения – оплачена работодателем или страховой компанией; сумма будет вычтена из присужденной суммы компенсации. Пострадавшие работники или иждивенцы погибших работников не должны напрямую платить адвокату или законному представителю, который выступает от их имени в деле по компенсации.
7. Если вам необходима помощь с возвращением на работу либо с решением семейных или финансовых проблем, возникших из-за травмы, свяжитесь с сотрудниками ближайшего офиса Совета по компенсациям работникам и попросите связать вас с консультантом по реабилитации или с социальным работником.

**Эту форму необходимо подать, отправив ее непосредственно по указанному ниже адресу:**

**New York State Workers' Compensation Board  
Centralized Mailing  
PO Box 5205,  
Binghamton, NY 13902-5205**

**Бесплатный номер телефона отдела обслуживания: 877-632-4996**