



请填写本表单申请工伤或职业病劳工赔偿补贴。字迹务必工整。本表单也可在线填写，网址：www.wcb.ny.gov。

WCB 案件编号 (若已知)：_____

A. 您的信息 (雇员)

- 1. 姓名: _____ 2. 出生日期: _____/_____/_____
3. 邮寄地址: _____
4. 社会安全号码: _____ 5. 电话: (____) _____ 6. 性别: 男 女
7. 如要参加本局的听证会, 您需要翻译吗? 是 否 若需要, 请说明需要何种语言的翻译服务 _____

B. 您的雇主

- 1. 受伤时的雇主: _____ 2. 电话: (____) _____
3. 您的工作地址: _____
4. 受雇日期: _____/_____/_____ 5. 主管姓名: _____
6. 列出您受伤/患病期间任何其他雇主的名称/地址: _____
7. 您是否因伤/病而在其他雇主处误工? 是 否

C. 您受伤或患病当日的工作

- 1. 您的工作职位或职位描述? _____
2. 您在工作时一般从事哪些活动? _____
3. 您的工作是 (勾选一项) 全职 兼职 季节性 自愿 其他: _____
4. 您在每个工资结算期的 (税前) 工资总额是多少? _____ 5. 工资的支付频率是多少? _____
6. 在工资以外, 您是否享有住宿待遇或小费? 是 否 若是, 请说明: _____

D. 您所受伤害或所患疾病

- 1. 受伤日期或发病日期: _____/_____/_____ 2. 受伤时间: _____ 上午 下午
3. 伤害/疾病发生在哪里? (如 1 Main Street, Pottersville, 前门) _____
4. 这是您日常工作的地点吗? 是 否 若否, 您当时为什么在这里? _____
5. 当您受伤或者发病时正在做什么? (如从卡车上卸货, 输入报告) _____
6. 伤害/疾病是怎么发生的? (如, 一根管子绊了我一下, 结果就倒在地上了) _____
7. 详细说明您所受伤害/所患疾病的性质; 列出受到影响的身体部位 (如左脚踝扭伤, 前额划伤): _____



您的姓名： _____ 姓 _____ 中名 _____ 名 _____

受伤/患病日期： _____ / _____ / _____

D. 您所受到伤害或所患疾病（续）

- 8. 伤害/疾病中涉及某个物体（如叉车、锤子、酸）吗？ 是 否 若是，请指出 _____
- 9. 伤害是使用或操作有牌机动车造成的吗？ 是 否
若是， 您的车辆 雇主的车辆 其他车辆 车牌号（若已知）： _____
如果涉及到您的车辆，请给出您的机动车保险公司的名称和地址： _____
- 10. 您将伤/病通知您的雇主（或主管）了吗？ 是 否
若是，通知的对象： _____ 口头 书面 通知日期： _____ / _____ / _____
- 11. 有人看到您受伤了吗？ 是 否 不知道 若是，请提供其姓名： _____

E. 重返工作岗位

- 1. 您因受伤/生病而停止工作了吗？ 是，日期是？ _____ / _____ / _____ 否，请跳至 F 部分。
- 2. 您恢复工作了吗？ 是 否 若是，日期是？ _____ / _____ / _____ 正常工作 有限工作
- 3. 如果您已恢复工作，您目前在为谁工作？ 同一雇主 新雇主 为自己工作
- 4. 您在每个工资结算期的（税前）工资总额是多少？ _____ 工资的支付频率是多少？ _____

F. 对伤害或疾病的医学治疗

- 1. 首次治疗的日期是？ _____ / _____ / _____ 未接受治疗（跳至问题 F-5）
- 2. 您是在现场接受治疗的吗？ 是 否
- 3. 您是在哪里为您的伤害/疾病首次接受非现场治疗的？ 未接受治疗 急诊室
 医生办公室 诊所/医院/急救中心 住院超过 24 小时
您首次接受治疗的场所名称和地址： _____
_____ 电话号码：(____) _____
- 4. 您还在为这种伤害/疾病接受治疗吗？ 是 否
请给出为您的这种伤害/疾病提供治疗的医生的姓名和地址： _____
_____ 电话号码：(____) _____
- 5. 您是否有再次伤到同一身体部位，或者有过类似疾病？ 是 否
若是，是否接受过医生治疗？ 是 否 若是，请提供为您治疗的医生的姓名和地址 **同时填写并提交表单 C-3.3 和本表单：**

- 6. 上次受伤/患病与工作相关吗？ 是 否
若是，您当时为之工作的与目前是同一雇主吗？ 是 否

本人依照《劳工赔偿法》特此提出赔偿诉讼。本人签字证实，已尽本人所知在此提供真实而准确的信息。

任何人若故意或以欺诈为目的向任何保险公司或自我投保人提供或者安排提供含有任何重大虚假陈述的信息或隐瞒任何重大事实，或者有意准备此等信息并知道或相信其将被提供给任何保险公司或自我投保人，此等行为将构成犯罪，并可招致大额罚金和监禁等处罚。

雇员签字： _____ 姓名（印刷体）： _____ 日期： _____ / _____ / _____
雇员代表： _____ 姓名（印刷体）： _____ 日期： _____ / _____ / _____

仅当法律授权且雇员是未成年人、存在精神缺陷或无行为能力时，方可由他人代表该雇员签字。

本人保证，根据本人通过合理调查获得的认识、信息和看法，以上陈述及其他事实有证据支持，或在合理调查或发现之后很可能获得证据支持。

律师/代表（若有）签字： _____ 日期： _____ / _____ / _____
姓名（印刷体）： _____ 职位： _____
身份证号（若有）： R _____ 若为持牌代理，牌证编号为： _____ 失效日期： _____ / _____ / _____



“员工索赔”C-3 表填写说明

如需申请劳工赔偿补贴，请填写并递交此表到劳工赔偿局在当地的区域办公室（DO）。地址列在说明的下方。如果填表时需要更多帮助，请联系劳工赔偿局，电话：**1-877-632-4996**。您也可以在线填写此表，网址是：**http://www.wcb.ny.gov/**

如果您没有或者不知道您的劳工赔偿局案件编号，请将此栏留空。其并非处理索赔的必填项目。记得在第 2 页顶部输入您的姓名和受伤/患病的日期。

A 部分——您的信息（雇员）：

- 第 1 项：输入您的全名，包括名、中名首字母和姓。
- 第 2 项：输入您的出生日期，格式为月/日/年。年份用 4 位数表示。
- 第 3 项：输入您的邮寄地址，包括邮箱号（若适用）、市、州和邮编。
- 第 4 项：输入您的社会安全号码。这对加快索赔的处理进度十分重要。
- 第 5 项：输入主要联系电话，包括区号。可以包括手机号。
- 第 6 项：指示您的性别（男或女）。
- 第 7 项：本局听证会使用英语。如果需要，本局将为您安排一位翻译来了解诉讼过程。请勾选“是”，并指示所需要的语言。

B 部分——您的雇主：

- 第 1 项：提供您在受伤或患病时为之工作的雇主。
- 第 2 项：输入该雇主的电话号码，主要联系电话和主管的电话号码都可以。
- 第 3 项：输入雇主的地址，包括邮箱号（若适用）、市、州和邮编。
- 第 4 项：输入您受雇于该雇主的日期。
- 第 5 项：输入直接主管的姓名，即您定期向其汇报者。
- 第 6 项：如果您拥有一份以上的工作，请在您受伤时为之工作的雇主以外，给出所有其他雇主的名称和地址。若空间不够，请另附一页说明。
- 第 7 项：如果您因受伤或患病而耽误其他工作，请选择“是”；否则，请选“否”。

C 部分——您受伤/患病当日的工作：

- 第 1 项：请指出您当前的职位或提供职位说明（如仓库工人）。
- 第 2 项：请指出您在该职位上的典型活动（如管理库存，卡车卸货等）。
- 第 3 项：请勾选您曾做过的工作类型。
- 第 4 项：输入您在每个工资结算期的（税前）工资总额。
- 第 5 项：请指出您获得薪水的频率（每周、每两周等）。
- 第 6 项：指出在正常工资以外是否得到任何小费或住宿待遇。若有，请说明。

D 部分——您所受伤害或所患疾病：

- 第 1 项：输入您受伤的日期或者您注意到自己生病的第一天。格式为月/日/年。年份用 4 位数表示。如果是疾病或职业病，请跳至第 2 项。
- 第 2 项：输入伤害发生的时间。勾选上午或下午。
- 第 3 项：指出伤害/疾病发生的地点，包括建筑物的地址，以及伤害/疾病发生在建筑物中的具体位置。
- 第 4 项：指出该位置是否为您正常的工作地点。若不是，请说明您当时为什么会在那里。
- 第 5 项：详细说明伤害/疾病发生时您正在做什么（如徒手从卡车卸箱子）。这样可以解释伤害发生的过程。
- 第 6 项：详细说明伤害/疾病是如何发生的（如，我从卡车上提起一个重箱子）。应包括伤害/疾病涉及到的所有人和事件。
- 第 7 项：详细说明伤害/疾病的性质和轻重程度，包括受到伤害的所有身体部位。尽量具体。（如我在提重箱子时扭伤了背部。现在，弯腰甚至拿较轻的东西时都会觉得疼痛。）
- 第 8 项：指出在有牌机动车以外，事故中是否涉及其他物体。其他物体可能包括工具（如锤子）、化学制品（如酸）、机械（如叉车、钻床）等。
- 第 9 项：指出事故中是否涉及有牌机动车辆。若涉及，请勾选当事机动车辆属于您、雇主，还是第三方。请提供车牌号（若已知）。如果涉及到您的车辆，请填写您的汽车责任保险公司的名称和地址。
- 第 10 项：勾选是否向雇主或主管通知了您的伤/病。如已通知，请指出您通知的对象以及是口头通知还是书面通知。请提供您发出通知的日期。
- 第 11 项：勾选是否有任何其他人看到了伤害的发生过程。若有，请提供他们的姓名。

E 部分——重返工作岗位：

- 第 1 项：如果您因工伤/疾病而停止工作，请勾选“是”，并指出停止工作的日期。如果您尚未停止工作，请勾选“否”并跳至下一节。
- 第 2 项：如果您已恢复工作，请勾选“是”。同时指出您再次开始工作的日期，以及是恢复了正常工作，还是有限度的工作。（如果您尚未恢复伤害/疾病发生之前的全部工作，则属于有限工作。）

E 部分——重返工作岗位（续）：

第 3 项： 如果您已恢复工作，请指出您目前在为谁工作。

第 4 项： 输入您目前的工作每个结算周期的（税前）工资总额。请指出您获得薪水的频率（每周、每两周等）。

F 部分——对伤害或疾病的医学治疗：

第 1 项： 如果您尚未接受针对该伤害/疾病的医学治疗，请勾选“未接受治疗”并跳到第 5 项。否则，输入您首次接受治疗的日期，并完成本部分的其余问题。

第 2 项： 勾选您是否在工作现场接受了首次治疗。

第 3 项： 勾选您为该伤害/疾病首次接受非现场医学治疗的地点。同时提供设施的名称、地址以及电话号码（包括区号）。

第 4 项： 如果您目前还在为同一伤害/疾病接受持续的治疗，请勾选“是”，同时指出提供治疗的医生的姓名、地址及电话号码（包括区号）；否则，请勾选“否”。

第 5 项： 如果您认为自己的同一身体部位受过伤或患过类似疾病，请勾选“是”，同时指出是否因该伤害或疾病而接受过医生的治疗。如果您接受过医生的治疗，请指出提供治疗服务的医生的姓名和地址，**同时填写并提交表单 C-3.3 和本表单。**

第 6 项： 如果您以前受过伤或得过疾病，请勾选您以前的伤害或疾病是否与工作相关。若“是”，请勾选该伤害或疾病是否发生于您在为当前的雇主工作的时候。

请在第 2 页“员工签字”处签署表单 C-3，并工整填写您的姓名，然后输入签署本表单的日期。如果第三方代表雇员签字，则应在第二个签字行上签署。如果您有法律代理，则您的代理**必须**填写第 2 页底部的律师/代理保证部分并签字。

雇员在发生工伤或职业病时应该做什么：

1. 立即告知您的雇主或主管，您受伤的时间、地点和过程。
2. 立即寻求医疗救助。
3. 告知您的医生向本局以及您的雇主或其保险公司提交医疗报告。
4. 填写此赔偿索赔表，并递交到最近的劳工赔偿局办公室。（详见下面的说明。）如果在受伤后两年内未提起索赔，则可能导致您的索赔被驳回。若需帮助，请致电或到访下面离您最近的劳工赔偿局办公室。
5. 接到通知时，须出席所有听证会。
6. 在能够工作时，应尽快返回工作岗位，赔偿不如工资高。

您的权利：

1. 一般而言，您有权自行选择医生，但所选医生必须是本局许可的医生。如果您的雇主参加了优选医疗服务组织（PPO）计划，您必须从指定的提供劳工赔偿工伤医疗服务的首选医疗服务组织处接受初步治疗。
2. 请不要向医生或医院支付医疗费用。如果您的索赔无争议，这些费用将由保险公司支付。如果您的索赔存在争议，医生或医院必须等到本局做出裁决后才能获得付款。如果您未提起索赔或者本局驳回您的请求，则须自行向医生或医院支付相关费用。
3. 对于医生合理开出的药物、拐杖或者任何器械，以及往返医生办公室或医院的车费或其他必要费用，您有权得到补偿。（请索取相应收据。）
4. 如果工伤导致您误工超过七天，迫使您选择低工资工种，或者导致您任何身体部位永久性残疾，您有权享受补偿。
5. 补偿可以直接支付，无需等到裁定之后，索赔存在争议时除外。
6. 受伤雇员或者死亡雇员的家属有权代表自己或委托律师或持牌代理来代表其在本局处理索赔事宜。如果委托律师或持牌代理，相关的法律服务费将由本局审核，若通过批准，将由雇主或保险公司从应付补偿款中支付。受伤雇员或死亡雇员的家属不得向在赔偿案中代表他们的律师或持牌代理支付任何费用。
7. 如果您需要帮助以返回工作岗位，或者因工伤而引发家庭或经济问题，请联系离您最近的劳工赔偿局下设办公室，寻求康复咨询员或社工的帮助。

此表需直接递交到以下地址：

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

免费客户服务电话： 877-632-4996