



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.

№ 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. У вас были другие травмы той же части тела или схожие заболевания? 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: ____/____/____



Инструкция по заполнению формы С-3 «Заявление работника»

Заполните данную форму и направьте в ваш окружной отдел Управления по компенсациям работникам, чтобы подать заявление на выплату компенсации. Адреса указаны в конце инструкции. Если вам требуется помощь в заполнении данной формы, свяжитесь с Управлением по компенсациям работникам по телефону 1-877-632-4996. Вы также можете заполнить эту форму на сайте: [http:// www.wcb.ny.gov/](http://www.wcb.ny.gov/)

Если у вас нет или вы не знаете номер вашего дела в Управлении по компенсациям работникам, оставьте эту графу пустой. Он не требуется для обработки вашего заявления. Не забудьте указать ваше имя и дату получения травмы/болезни в верхней части страницы 2.

Раздел А – Сведения о вас (работнике):

- Пункт 1:** Напишите ваше имя полностью, включая имя, инициал отчества и фамилию.
- Пункт 2:** Укажите дату рождения в формате месяц/день/год. Укажите год четырьмя цифрами.
- Пункт 3:** Укажите ваш почтовый адрес, включая абонентский ящик, если необходимо, город или поселок, штат и почтовый индекс.
- Пункт 4:** Впишите ваш номер социального страхования. Это очень важно, чтобы ускорить обработку вашего заявления.
- Пункт 5:** Укажите основной контактный номер телефона, включая код региона. Здесь можно указать номер сотового телефона.
- Пункт 6:** Укажите ваш пол (мужской или женский).
- Пункт 7:** Слушания в Управлении проводятся на английском языке. Если вам потребуется переводчик для понимания процесса, Управление вам его предоставит. Отметьте вариант «Да» и укажите необходимый язык.

Раздел В – Ваш работодатель(и):

- Пункт 1:** Укажите работодателя, на которого вы работали, когда получили травму или заболели.
- Пункт 2:** Укажите номер телефона этого работодателя - основной контактный номер или номер вашего непосредственного руководителя.
- Пункт 3:** Укажите почтовый адрес вашего работодателя, включая абонентский ящик, если необходимо, город или поселок, штат и почтовый индекс.
- Пункт 4:** Укажите дату поступления на работу к этому работодателю.
- Пункт 5:** Укажите имя вашего непосредственного руководителя, которому вы подчиняетесь на постоянной основе.
- Пункт 6:** Если у вас более одной работы, помимо места работы, где вы получили травму, также укажите имена и адреса всех остальных ваших работодателей. Если вам требуется больше места, приложите отдельный лист.
- Пункт 7:** Отметьте вариант «Да», если вы потеряли рабочее время на какой-либо другой своей работе в результате травмы/заболевания, в противном случае отметьте вариант «Нет».

Раздел С – Ваша должность на момент получения травмы/заболевания:

- Пункт 1:** Укажите название должности и описание трудовых обязанностей (например, работник склада).
- Пункт 2:** Укажите типичные действия, которые вы выполняете на этой работе (например, проведение инвентаризации, разгрузка грузовиков и т.п.).
- Пункт 3:** Отметьте галочкой тип вашей работы.
- Пункт 4:** Укажите, сколько составляла ваша заработная плата до вычетов налогов за платежный период?
- Пункт 5:** Укажите, как часто вы получали платежный чек (еженедельно, раз в две недели и т.п.).
- Пункт 6:** Укажите, получали ли вы чаевые или жилье в дополнение к вашей обычной заработной плате? Если да, то поясните.

Раздел D – Ваша травма или болезнь:

- Пункт 1:** Укажите дату получения травмы или дату, когда вы заметили, что больны. Укажите дату в формате месяц/день/год. Укажите год четырьмя цифрами. Если это болезнь или профессиональное заболевание, пропустите пункт 2.
- Пункт 2:** Укажите время, когда получена травма. Отметьте «АМ» (утром) или «РМ» (вечером).
- Пункт 3:** Укажите место, где вы получили травму/болезнь, включая адрес здания и место в здании, где случилась травма/болезнь.
- Пункт 4:** Поставьте галочку, если это было ваше обычное место работы. Если нет, объясните, почему вы находились в том месте.
- Пункт 5:** Подробно опишите, что вы делали в момент получения травмы/болезни (например, вручную разгружали ящики из грузовика). Это объяснит события, приведшие к травме.
- Пункт 6:** Подробно опишите, как получена травма/болезнь (например, я поднимал тяжелый ящик из грузовика). Здесь должны быть указаны все люди и события, имеющие отношение к травме/болезни.
- Пункт 7:** Полностью опишите характер и степень вашей травмы/болезни, включая все поврежденные части тела. Будьте как можно точнее. (например: Я потянул спину, пытаясь поднять тяжелый ящик. Сейчас мне больно наклоняться и держать даже более легкие предметы.)
- Пункт 8:** Укажите, участвовал ли в несчастном случае какой-либо объект КРОМЕ зарегистрированного транспортного средства. Другими объектами могут быть инструменты (например, молоток), химическое вещество (например, кислота), механизмы (например, вилочный погрузчик или сверлильный станок) и т.п.
- Пункт 9:** Укажите, участвовало ли в несчастном случае какое-либо зарегистрированное транспортное средство. Если да, то отметьте, кому принадлежало это ТС - вам, вашему работодателю или третьей стороне - и укажите регистрационный номер (если знаете). Если в этом участвовало ваше ТС, укажите название и адрес вашего страховщика автогражданской ответственности.
- Пункт 10:** Отметьте, сообщили ли вы вашему работодателю или непосредственному руководителю о травме/болезни. Если да, укажите, кому вы сообщили, а также как - устно или письменно. Укажите дату, когда вы сообщили об этом.
- Пункт 11:** Отметьте, видел ли кто-нибудь еще, как вы получили травму. Если кто-то видел, укажите их имена.

Раздел Е – Возобновление работы:

- Пункт 1:** Если вы прекратили работу в результате производственной травмы/болезни, отметьте «Да» и укажите дату прекращения работы. Если вы не прекратили работать, отметьте «Нет» и перейдите к следующему разделу.
- Пункт 2:** Если вы после этого возобновили работу, отметьте «Да». Укажите дату, с которой вы снова начали работать, а также, вернулись ли вы к выполнению своих обычных обязанностей или выполняете обязанности в ограниченном объеме. (Если вы не выполняете свои рабочие обязанности в полном объеме, как это было до травмы/болезни, то вы выполняете обязанности с ограничениями.)

Раздел E – Возобновление работы (продолжение):

Пункт 3: Если вы возобновили работу, укажите своего текущего работодателя.

Пункт 4: Укажите, сколько составляет ваша заработная плата до вычетов налогов за платежный период на вашем текущем месте работы. Укажите, как часто вы получаете платежный чек (еженедельно, раз в две недели и т.п.).

Раздел F – Медицинское лечение данной травмы или болезни:

Пункт 1: Если вам не оказывали медицинскую помощь при данной травме/болезни, отметьте «Не оказывали» и перейдите к пункту 5. В противном случае укажите дату, когда вам впервые оказали медицинскую помощь при данной травме/болезни и заполните этот раздел до конца.

Пункт 2: Отметьте, оказывали ли вам на рабочем месте первую медицинскую помощь при данной травме/болезни.

Пункт 3: Отметьте, в каком месте за пределами работы вам впервые оказали медицинскую помощь при вашей травме/болезни. Укажите наименование и адрес учреждения, а также номер телефона (включая код региона).

Пункт 4: Если вы все еще проходите курс лечения этой травмы/болезни, отметьте «Да» и укажите имена и адреса врачей, проводящих лечение, а также номера телефонов (включая код региона). В противном случае отметьте «Нет».

Пункт 5: Если вы считаете, что у вас уже была травма той же части тела или подобное заболевание, отметьте «Да» и укажите, лечили ли вы эту травму/заболевание у врача. Если вас лечил врач, укажите имя (имена) и адрес (адреса) врача (врачей), проводивших курс лечения, а также **заполните форму C-3.3 и передайте вместе с настоящим заявлением.**

Пункт 6: Если у вас раньше была травма или болезнь, укажите, была ли она связана с работой. Если да, отметьте, была ли получена травма/болезнь во время работы на вашего нынешнего работодателя.

Подпишите форму C-3 в месте, предусмотренном для «Подписи работника» на странице 2, напишите ваше имя печатными буквами и укажите дату подписания формы. Если от лица работника расписывается третья сторона, то это лицо должно поставить подпись во второй строке. Если у вас есть законный представитель, то ваш представитель **должен** заполнить и подписать раздел о сертификации адвоката/представителя внизу страницы 2.

Что должен сделать каждый работник в случае производственной травмы или профессионального заболевания:

1. Немедленно рассказать своему работодателю или непосредственному руководителю, где и как вы получили травму.
2. Немедленно получить медицинскую помощь.
3. Попросить врача представить медицинские заключения в Управление и вашему работодателю или его страховщику.
4. Составить настоящее заявление на компенсацию и направить его в ближайший отдел Управления по компенсациям работникам. (См. далее.) Непредставление сведений в течение двух лет после даты травмы может повлечь отказ в рассмотрении вашего заявления. Если вам требуется помощь в заполнении данной формы, позвоните или посетите ближайший отдел Управления по компенсациям работникам по нижеуказанному адресу.
5. Посещайте все слушания, на которые получаете повестки.
6. Возвращайтесь к работе, как только сможете; компенсация никогда не достигнет уровня вашей заработной платы.

Ваши права:

1. В целом, вы имеете право на лечение у врача по вашему выбору при условии, что он/она уполномочены Управлением. Если ваш работодатель участвует в схеме РРО (организации рекомендованных специалистов и лечебных учреждений), то вы обязаны пройти первоначальный курс лечения в рекомендованном учреждении, назначенном предоставлять медицинское обслуживание при травмах работников.
2. НЕ ПЛАТИТЕ вашему врачу или больнице. Если ваше дело не оспаривается, счета будут оплачены страховой компанией. Если ваше дело оспаривается, врач или больница должны ждать оплаты, пока Управление не примет решение по вашему делу. В случае, если вы не предъявляете иск или Управление принимает решение не в вашу пользу, вы должны будете оплатить услуги врача или больницы.
3. Вы также имеете право на возмещение стоимости лекарственных препаратов, костылей или любых аппаратов, предписанных вам врачом в надлежащем порядке, а также стоимости проезда или других необходимых расходов, идущих вашему врачу или больнице и исходящих от них. (Собирайте квитанции об оплате этих расходов).
4. Вы имеете право на компенсацию, если ваша травма не позволяет вам работать более семи дней, вынуждает вас работать за пониженную зарплату или приводит к постоянной нетрудоспособности любой части тела.
5. Компенсация выплачивается немедленно, не дожидаясь решения, кроме случаев оспаривания заявления.
6. Работники, получившие травму, или лица, находящиеся на иждивении скончавшихся работников, могут сами представлять себя в делах перед Управлением или могут нанять представляющего их адвоката или лицензированного представителя. В случае найма адвоката или лицензированного представителя стоимость его/ее юридических услуг будет рассмотрена Управлением и, в случае одобрения, будет оплачена работодателем или страховой компанией из суммы подлежащей выплате компенсации. Работники, получившие травму, или лица, находящиеся на иждивении скончавшихся работников, не должны ничего платить непосредственно адвокату или лицензированному представителю, представляющему их по делу о выплате компенсации.
7. Если вам нужна помощь, чтобы вернуться к работе, или по семейным или финансовым проблемам, возникшим из-за травмы, обратитесь в ближайший к вам отдел Управления по компенсациям работникам и попросите предоставить консультанта по реабилитации или социального работника.

Настоящая форма должна быть направлена непосредственно по следующему адресу:

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

Бесплатный номер службы работы с клиентами: 877-632-4996