



仔细阅读第 2 页的说明，避免处理延迟。您必须回答 A 部分的所有问题和 B 部分的第 1 题至第 3 题。医疗保健提供者必须填写第 2 页的 B 部分。

**A 部分 - 申索者信息** (请用印刷体书写或打字输入)

1. 姓: \_\_\_\_\_ 名: \_\_\_\_\_ 中间名缩写: \_\_\_\_\_
2. 邮寄地址 (街道和公寓编号): \_\_\_\_\_  
市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮政编码: \_\_\_\_\_
3. 日间电话号码: \_\_\_\_\_ 电子邮件地址: \_\_\_\_\_
4. 社会安全号码: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 5. 出生日期: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 6. 性别:  男  女
7. 描述您的伤残 (如果受伤, 还须陈述发生的缘由、时间及地点): \_\_\_\_\_

8. 您伤残的日期: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 您当天是否工作? :  是  否  
您的此伤残是否已恢复? :  是  否 如果回答“是”, 您能够返回工作的日期为: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
您自此之后是否为了工资或福利而工作?  是  否 如果回答“是”, 列出日期: \_\_\_\_\_
9. 伤残前最后的雇主名称: 如果在之前八 (8) 周内有多于一个雇主, 说出所有雇主的名称。平均周薪基于最后八 (8) 周工作赚取的所有工资。

伤残前最后的雇主			雇佣期		平均周薪 (包括奖金、小费、佣金、委员会的合理取值、租金等)
公司或商号	地址	电话号码	首日	工作的最后一日	
			月 日 年	月 日 年	
其他雇主 (过去八 (8) 周期间)			雇佣期		平均周薪 (包括奖金、小费、佣金、委员会的合理取值、租金等)
公司或商号	地址	电话号码	首日	工作的最后一日	
			月 日 年	月 日 年	
			月 日 年	月 日 年	

10. 我的工作或者曾是: \_\_\_\_\_ 职业 \_\_\_\_\_ 11. 工会成员:  是  否 如果回答“是”: \_\_\_\_\_ 工会名称或当地号码 \_\_\_\_\_

12. 此伤残前, 您是否正在申索或者领取失业救济金?  是  否  
在工作的最后一日之后, 如果您未领取过或者如果您申索过但未领取过失业保险救济金, 则请充分解释原因: \_\_\_\_\_  
如果您确实领取了失业救济金, 则提供所有收取的期限: \_\_\_\_\_

13. 针对本申索所承保的伤残期:
- A. 您是否正在领取工资、薪金或离职金?  是  否
- B. 您是否正在领取或申索下列福利:
1. 失业津贴?  是  否 2. 带薪探亲假?  是  否
3. 工作相关伤残的劳工赔偿?  是  否
4. 无过失的机动车辆事故?  是  否 或者 人身伤害是否涉及第三方?  是  否
5. 针对此伤残《联邦社会安全法案》(Federal Social Security Act) 规定的长期残障福利?  是  否

如果在第 13 题的任何项目中勾选“是”, 则填写下列内容:

我已经:  领取  申索下列福利: \_\_\_\_\_ 期限为: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 至: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

14. 在伤残开始前的一年 (52 周), 您是否已领取其他伤残期的伤残福利?  是  否  
如果回答“是”, 付款人: \_\_\_\_\_ 自: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 至: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
15. 在伤残开始前的一年 (52 周), 您是否已获得带薪探亲假?  是  否  
如果回答“是”, 付款人: \_\_\_\_\_ 自: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 至: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
16. 如果您在受雇期间或在工作的最后一日四周内伤残, 您的雇主是否在您发出通知或申请伤残表格的 5 天内为您提供《残法》(Disability Law) 规定的权利?  是  否

本人特此申索伤残福利, 并证明本人在此申索所承保的期间为伤残人士。本人已阅读本表格第 2 页的说明, 据本人所知, 前述声明, 包括任何随附声明, 均真实完整。

申索者签名

日期

仅当经依法授权并且申索者为未成年人、精神不健全或者无行为能力时, 个人方可代表申索者签署。如果由申索者以外的人员签署, 则用印刷体书写以下信息, 同时填写并提交表格 OC-110A, 即《披露劳工赔偿记录的申索者授权》。

代表申索者

地址

与申索者的关系

**B 部分 - 医疗保健提供者的声明** (请用印刷体书写或打字输入)

必须完整填写医疗保健提供者的声明。主治医疗保健提供者应在收到本表格后七 (7) 天内填写并返回给申索者。对于项目 7-d, 您必须提供预计日期。如果伤残由怀孕引起或与怀孕有关, 则在项目 7-e 中输入预计分娩日期。答案不完整可能延迟福利支付。

1. 姓: \_\_\_\_\_ 名: \_\_\_\_\_ 中间名缩写: \_\_\_\_\_

2. 性别:  男  女 3. 出生日期: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

4. 诊断/分析: \_\_\_\_\_ 诊断代码: \_\_\_\_\_

a. 申索者的症状: \_\_\_\_\_

b. 物镜所见: \_\_\_\_\_

5. 申索者是否住院? :  是  否 自: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 至: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

6. 是否提示手术?  是  否 a. 类型 \_\_\_\_\_ b. 日期 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

7. 输入以下内容的日期	月	日	年
a. 您首次治疗此伤残的日期			
b. 您最近一次治疗此伤残的日期			
c. 申索者由于此伤残而无法工作的日期			
d. 索赔人将再次能够履行工作的日期 (即使存在相当大的问题, 预计日期)。 避免使用未知或未确定之类的术语。)。			
e. 如果与怀孕有关, 请勾选方框并输入日期 <input type="checkbox"/> 预计分娩日期或者 <input type="checkbox"/> 实际分娩日期			

8. 在您看来, 此伤残是否为雇佣过程中引致的受伤或者职业病的结果? :

是  否 如果回答“是”, 是否已向委员会提交表格 C-4?  是  否

本人证明, 本人是:

(医生、脊椎按摩师、牙医、足科医生、心理医生、护理助产士)

获许可或认证所在的州

执照号码

医疗保健提供者的印刷体姓名

医疗保健提供者的签名

日期

医疗保健提供者的地址

电话号码

**发给申索者的重要通知 - 仔细阅读这些说明**

请注意: 请勿在您的伤残首日之前注明日期并提交此表格。为了使您的申索获得处理, 必须填写 A 部分和 B 部分。

1. 如果您使用此表格是因为在受雇期间伤残或者在雇佣终止后的四 (4) 周内伤残, 则您填写的申索应在您的伤残首日的三十 (30) 天内邮寄给您的雇主或您最后的雇主的保险公司。您可以在 Workers' Compensation Board 的网站 [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov) 上使用雇主承保搜索 (Employer Coverage Search) 来查找您雇主的伤残保险公司。

2. 如果您使用此表格是因为在失业超过四 (4) 周后伤残, 则必须将您填写的申索邮寄至以下地址: **Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029**。如果您第 13.B.3 题回答“是”, 请填写并附上表格 DB-450.1。

如果您在 45 天内未收到回复, 或者如果您对伤残福利申索有疑问, 请致电您雇主的保险公司。获取关于伤残福利的一般信息, 请访问 [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov) 或致电 (877) 632-4996 联系委员会的伤残福利局 (Disability Benefits Bureau)。

依据《纽约个人隐私保护法》(New York Personal Privacy Protection Law) (公职人员法律条款 6-A) 及 1974 年《联邦隐私法案》(Federal Privacy Act) (《美国法典》(U.S.C.) 第 5 篇第 552a 节) 的通知。Workers' Compensation Board (简称委员会) 要求申索者提供个人信息 (包括其社会安全号) 的权力源自《劳工赔偿法》(Workers' Compensation Law, WCL) 第 20 节规定的委员会调查权力及其在 WCL 第 142 节规定的管理权力。收集此信息是为了帮助委员会以尽可能最有利的方式调查和管理申索, 并帮助其保持准确的申索记录。向委员会提供您的社会安全号是自愿的。本表格中未提供您的社会安全号不会受到处罚; 这不会导致您的申索被拒绝或福利减少。委员会将保护其所拥有的所有个人信息的机密性, 仅在履行其公务并符合适用的州和联邦法律的情况下披露。

**HIPAA 通知** - 为了判定劳工的赔偿申索或伤残福利申索, WCL 13-a(4)(a) 和《纽约州法典、规则与法规》(NYCRR) 第 12 篇第 325-1.3 条要求医疗保健提供者定期向委员会和保险公司或雇主提交治疗医疗报告。根据《美国联邦法规》(CFR) 第 45 篇第 164.512 条, 这些法定要求的医疗报告不受 HIPAA 对披露健康信息的限制。

**信息披露:** 未经您同意, 委员会不会向任何未经授权的一方披露您的案例的任何相关信息。如果您选择将此类信息披露给未经授权的一方, 则您必须向委员会提交经签署的表格 OC-110A 的原件, 即“披露劳工赔偿记录的申索者授权”。此表格在 WCB 网站 ([www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov)) 上提供, 并且可以通过点击“Forms” (表格) 链接进行访问。如果您无法访问互联网, 请致电 (877) 632-4996 或造访我们最近的客户服务中心, 以获取表格的副本。您也可以提交经签署、公证的授权书原件, 以代替表格 OC-110A。

雇主或保险公司, 或任何员工、代理人或代表雇主或保险公司行事的人员, 在针对本章规定的任何福利或付款之申索的报告、调查或调整过程中, 出于避免提供此类付款或福利之目的, 对于重大事实故意作出虚假声明或陈述, 即属犯罪, 可处以巨额罚款及监禁。