



처리가 지연되지 않도록 2페이지의 지침을 주의해서 읽으세요. 파트 A의 모든 질문과 파트 B의 질문 1 ~ 3에 답변해야 합니다. 의료 서비스 제공자는 2
페이지의 파트 B를 작성해야 합니다.

파트 A - 청구인의 정보 (정자체로 기재하거나 입력하세요)

- 1. 성: 이름: 중간 이름:
2. 우편 주소(거리 및 아파트 번호): 시: 주: 우편번호:
3. 주간 전화번호: 이메일 주소:
4. 사회보장 번호(SSN): 5. 생년월일: 6. 성별:
7. 자신의 장애에 대해 설명하세요 (상해인 경우 어떻게, 언제 그리고 어디서 발생했는지 기재하세요)

- 8. 장애인이 된 날짜: 해당 일자에 일했습니까?
9. 장애가 발생하기 전의 마지막 고용주명을 기재하세요. 지난 8주 동안 고용주가 하나 이상인 경우 모든 고용주를 기재하세요.

Table with 6 columns: Employer Name, Address, Phone, Start Date, End Date, Average Weekly Wage. It is divided into two sections for 'Last Employer Before Disability' and 'Other Employers (Last 8 Weeks)'.

- 10. 현재 혹은 과거의 직업: 11. 노조원: "예"라고 합한 경우: 노조명 또는 노조지부 번호

- 12. 이 장애 이전에 실업 급여를 청구하거나 수령하고 있었습니까?
실업 보험 급여를 청구하지 않았거나 또는 청구했지만 마지막 근무일 이후에 실업 보험 급여를 수령하지 못한 경우, 이유를 충분히 설명하세요.

- 13. 본 청구서에 기재된 장애 기간 동안:
A. 임금, 급여 또는 퇴직 수당을 받고 있습니까?
B. 다음을 수령하거나 청구하고 있습니까?
1. 실업 급여? 2. 유급 가족 휴가? 3. 업무와 관련된 장애에 대한 산재 보상? 4. 무과실 자동차 사고? 5. 장애에 대한 연방 사회보장법(Social Security Act)에 따른 장기 장애 급여?

13의 항목 중 하나라도 "예"로 답한 경우, 다음을 작성하세요.

본인은 수령했습니다 청구했습니다. 지급기관: 기간: ~

- 14. 장애가 시작되기 전 1년(52주) 내에 다른 장애로 인한 장애 급여를 받았습니까?
15. 장애가 시작되기 전 1년(52주) 내에 유급 가족 휴가를 받았습니까?
16. 귀하가 고용된 기간 중에 또는 마지막 근무일로부터 4주 내에 장애인이 된 경우, 귀하의 장애 신청서(Disability Forms) 통지나 요청에 대해 고용주가 5일 내에 장애법(Disability Law)에 따른 귀하의 권리를 제공했습니까?

이로써 본인은 장애 급여를 청구하며 본 청구에 포함된 기간 동안 장애 상태였음을 확인합니다. 본인은 이 양식 2페이지의 지침을 읽었으며, 첨부된 진술을 포함한 상기의 진술은 본인이 아는 한도에서 사실이고 완전합니다.

청구인 서명 날짜
청구인이 미성년자거나, 정신적으로 무능력하거나 지적 장애가 있고, 대리인이 청구인을 대신하여 서명할 법적 자격이 있는 경우에만 대리인이 서명할 수 있습니다.

청구인을 대신하여 주소 청구인과의 관계

파트 B - 의료 서비스 제공자 진술 (정자체로 기재하거나 입력하세요)

의료 서비스 제공자의 진술은 모두 작성해야 합니다. 담당 의료 서비스 제공자는 이 양식을 수령한 후 7일 내에 작성해서 청구인에게 돌려줘야 합니다. 7-d 항목에 대해서는 예상 날짜를 기재해야 합니다. 장애가 임신으로 인해 또는 임신과 관련하여 발생한 경우, 7-e 항목에 예상 분만일을 기재하세요. 답변이 충분하지 않을 경우 급여 지불이 지연될 수 있습니다.

1. 성: _____ 이름: _____ 중간 이름: _____
2. 성별 남성 여성 3. 생년월일: ____/____/____
4. 진단/분석: _____ 진단 코드: _____
- a. 청구인의 증상: _____
- b. 객관적 소견: _____
5. 청구인이 입원했습니까? 예 아니요 기간: ____/____/____ ~ ____/____/____
6. 수술이 필요합니까? 예 아니요 a. 유형 _____ b. 날짜 ____/____/____

7. 다음 항목에 대해 날짜를 기재하세요	월	일	연도
a. 이 장애에 대한 최초 치료일			
b. 이 장애에 대한 가장 최근 치료일			
c. 이 장애로 인해 청구인이 일을 할 수 없게 된 날짜			
d. 청구인이 다시 일을 할 수 있게 된 날짜 (상당한 의문점이 있더라도 날짜를 추정하세요. '알 수 없음' 또는 '분명하지 않음' 등의 용어는 사용하지 마세요.)			
e. 임신과 관련된 경우, 상자에 표시하고 날짜를 기재하세요 <input type="checkbox"/> 예상 분만일 또는 <input type="checkbox"/> 실제 분만일			

8. 이 장애가 직업병이나 고용 과정에서 발생한 상해의 결과라고 생각합니까?
 예 아니요 "예"로 답한 경우, C-4 양식을 Board에 제출했습니까? 예 아니요

본인에 대해 다음 사항을 확인합니다.

(의사, 카이로프랙터, 치과의사, 발병전문가, 심리학자, 조산사)	면허를 취득하거나 공인받은 주	면허 번호
의료 서비스 제공자 이름(정자체)	의료 서비스 제공자 서명	날짜
의료 서비스 제공자 주소	전화번호	

청구인에 대한 중요 공지 - 이 지침을 주의해서 읽으세요

유의사항: 장애가 발생하기 전에 이 양식을 작성하여 제출하지 마세요. 청구서가 처리되려면 파트 A와 B를 작성해야 합니다.

1. 고용 중에 장애인이 되었거나 고용 종료 후 4주 내에 장애인이 되었기 때문에 이 양식을 사용하는 경우, 장애가 시작된 날로부터 30일 내에 귀하의 고용주 또는 마지막 고용주의 보험회사에게 작성한 청구서를 우편으로 발송해야 합니다. Workers' Compensation Board의 웹사이트 www.wcb.ny.gov에서 고용주 보장 검색(Employer Coverage Search)을 사용하여 고용주의 장애 보험회사를 찾을 수 있습니다.

2. 4주 이상 실질 상태에서 장애인이 되어 이 양식을 사용하는 경우, 다음 주소로 작성한 청구서를 우편으로 보내세요. **Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029.** 질문 13.B.3에 "예"로 답한 경우, DB-450.1 양식을 작성해서 첨부하세요.

45일 이내에 답변을 받지 못하거나 장애 급여 청구서에 대해 질문이 있는 경우, 고용주의 보험회사에 문의하세요. 장애 급여에 대한 일반 정보는 www.wcb.ny.gov를 방문하거나 Board의 장애급여국(Disability Benefits Bureau)에 (877) 632-4996번으로 문의하세요.

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

HIPAA 공지 - 산재 보상 청구나 장애 급여 청구를 판정하기 위해, 의료 서비스 제공자는 WCL 13-a(4)(a) 및 12 NYCRR 325-1.3에 따라 정기적으로 Board와 보험회사 또는 고용주에게 진료 기록을 제출해야 합니다. 45 CFR 164.512에 따라 법적으로 요구되는 진료 기록은 HIPAA의 건강 정보 공개 제한에서 제외됩니다.

정보 공개: Board는 청구인의 사리에 대한 어떠한 정보도 청구인의 동의 없이는 허가받지 않은 기관에 공개하지 않습니다. 귀하가 그러한 정보를 허가받지 않은 기관에 공개하기로 결정한 경우, 산재 보상 기록 공개 허가 양식(Claimants Authorization to Disclose Workers' Compensation Records) OC-110A에 서명해서 원본을 Board에 제출해야 합니다. 이 양식은 WCB 웹사이트 www.wcb.ny.gov에 있으며 "양식(Forms)" 링크를 클릭해서 접속할 수 있습니다. 인터넷을 이용할 수 없는 경우 (877) 632-4996번에 전화하거나 가까운 고객 서비스 센터를 방문해서 양식을 얻으세요. OC-110A 대신에 서명하고 공증한 허가서 원본을 제출할 수도 있습니다.

본 장애 따른 수당이나 급여의 청구를 보고, 조사 또는 조정하는 과정에서 수당이나 급여의 지급을 회피하기 위해 고의로 중요한 사실에 대해 허위로 진술하는 고용주, 보험회사, 직원, 대리인 또는 고용주나 보험회사를 대리하는 사람은 유죄 및 벌금형과 징역형에 처해질 수 있습니다.