

Заполните эту форму, чтобы подать заявку на компенсацию в связи с производственной травмой или профессиональным заболеванием. Заполните от руки разборчиво или напечатайте. Эту форму также можно заполнить онлайн на сайте www.wcb.ny.gov.

Номер дела WCB (если известен): _____

A. СВЕДЕНИЯ О ВАС (работнике)

1. Имя и фамилия: _____ 2. Дата рождения: ____ / ____ / ____
Имя Ср. иниц. Фамилия
3. Почтовый адрес: _____
Номер дома и улица/номер почтового ящика/номер квартиры Город Штат Почтовый индекс
4. Номер социального страхования: ____ - ____ - ____ 5. Номер телефона: (____) _____ 6. Пол: М Ж X
7. Вам потребуется переводчик во время слушания в Совете? Да Нет Если да, то для какого языка? _____

B. ВАШ РАБОТОДАТЕЛЬ

1. Работодатель на момент получения травмы: _____ 2. Номер телефона: (____) _____
3. Ваш рабочий адрес: _____
Номер дома и улица Город Штат Почтовый индекс
4. Дата поступления на работу: ____ / ____ / ____ 5. Имя и фамилия вашего руководителя: _____
6. Наименования и адреса других работодателей, для которых вы работали на момент получения травмы или заболевания: _____
7. Вы временно не могли работать у других работодателей в результате вашей травмы или заболевания? Да Нет

C. ВАША РАБОТА на момент получения травмы или заболевания

1. Какая у вас была должность или рабочие обязанности? _____
2. Какого рода действия вы обычно выполняли на работе? _____
3. К какому типу относилась ваша работа? (Отметьте один вариант.) Полная занятость Частичная занятость
 Сезонная Волонтерская Другое: _____
4. Какая у вас была общая заработная плата (до уплаты налогов) за платежный период? _____
5. С какой периодичностью вам платили? _____
6. Вы получали жилье или чаевые в дополнение к заработной плате? Да Нет Если выбран ответ «Да», опишите: _____

D. ВАША ТРАВМА ИЛИ ЗАБОЛЕВАНИЕ

1. Дата получения травмы или наступления заболевания: ____ / ____ / ____ 2. Время получения травмы: _____ AM PM
3. Где была получена травма или наступило заболевание? (Например: «1 Main Street», «Pottersville», «у входной двери» и т. п.) _____
4. Это было ваше обычное рабочее место? Да Нет Если нет, почему вы находились в этом месте? _____
5. Что вы делали в момент получения травмы или наступления заболевания? (Например: «разгружал фургон», «печатал отчет» и т. п.) _____
6. Как была получена травма или наступило заболевание? (Например: «Я споткнулся о трубу и упал») _____
7. Подробно опишите характер травмы/заболевания; перечислите травмированные части тела (например: «вывих лодыжки и царапина на лбу»): _____

ВАШЕ ИМЯ: _____
Имя Ср. иниц. Фамилия

ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ
ТРАВМЫ/ЗАБОЛЕВАНИЯ: ____ / ____ / ____

D. ВАША ТРАВМА ИЛИ ЗАБОЛЕВАНИЕ (продолжение)

8. Травма/заболевание получены вследствие использования какого-либо предмета или вещества (вилочного погрузчика, молота, кислоты и т. п.)? Да Нет Если да, то какого? _____
9. Травма была результатом использования лицензированного транспортного средства? Да Нет
Если да, это было ваше транспортное средство транспортное средство работодателя другое транспортное средство Номерной знак (если известен): _____
Если это было ваше транспортное средство, укажите наименование и адрес страховщика вашего транспортного средства: _____
10. Вы уведомили своего работодателя (или руководителя) о травме/заболевании? Да Нет
Если да, укажите, кто был уведомлен: _____ устно письменно Дата уведомления: ____ / ____ / ____
11. Кто-либо видел, как вы получили травму? Да Нет Неизвестно Если да, укажите имена: _____

E. ВОЗВРАЩЕНИЕ К РАБОТЕ

1. Вы прекратили работу из-за травмы/заболевания? Да, укажите дату: ____ / ____ / ____ Нет, перейдите к разделу F.
2. Вы вернулись к работе? Да Нет Если выбран ответ «Да», укажите дату: ____ / ____ / ____
 к своим обычным обязанностям к ограниченным обязанностям
3. Если вы вернулись к работе, для кого вы сейчас работаете? Для того же работодателя Для другого работодателя
 Самозанятый
4. Какая у вас сейчас общая заработная плата (до уплаты налогов) за платежный период? _____
С какой периодичностью вам ее платят? _____

F. МЕДИЦИНСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМЫ ИЛИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1. Когда вы впервые получили лечение? ____ / ____ / ____ Никогда не получал(а) (перейдите к вопросу F-5)
2. Вы получили лечение на месте? Да Нет
3. Где вы впервые вне работы получили медицинское лечение травмы/заболевания? Не получал(а) никакого Пункт неотложной помощи Кабинет врача Клиника, больница или скорая помощь Госпитализация на срок более суток
Наименование и адрес места первого получения лечения: _____
Номер телефона: ____ / ____ / ____
4. Вы еще проходите лечение этой травмы или заболевания? Да Нет
Укажите имя и адрес врача, который лечит вашу травму или заболевание: _____
Номер телефона: ____ / ____ / ____
5. У вас была другая травма той же части тела или аналогичное заболевание? Да Нет
Если да, вы получали лечение у врача? Да Нет Если да, укажите имена и адреса врачей, которые лечили вас, и
ЗАПОЛНИТЕ И ПОДАЙТЕ ФОРМУ C-3.3 ВМЕСТЕ С ЭТОЙ ФОРМОЙ:

6. Предыдущая травма (или заболевание) была связана с работой? Да Нет
Если да, вы работали для того же работодателя, что и сейчас? Да Нет

Я настоящим подаю заявку на льготы согласно Закону о компенсациях работникам (Workers' Compensation Law). Моя подпись подтверждает, что предоставленная мной информация является, в меру моих знаний и убеждений, верной и точной.

Любое лицо, которое сознательно и с ЦЕЛЬЮ ОБМАНА предоставляет, прямо или косвенно, или подготавливает любую информацию, содержащую любое ЛОЖНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ ПО СУЩЕСТВУ или скрывающую любую существенный факт, зная или полагая, что такая информация будет предоставлена страховщиком/страховщику или самозастрахованному лицу/самозастрахованным лицом, СЧИТАЕТСЯ ВИНОВНЫМ В ПРЕСТУПЛЕНИИ, за совершение которого предусмотрены значительные ШТРАФЫ И ТЮРЕМНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Подпись работника: _____ Имя и фамилия (печатными буквами): _____ Дата: ____ / ____ / ____

От имени работника: _____ Имя и фамилия (печатными буквами): _____ Дата: ____ / ____ / ____

Другое лицо может поставить подпись от имени заявителя только в том случае, если оно имеет на это юридические полномочия и заявитель является несовершеннолетним, невенчанным или недееспособным.

Я подтверждаю, что, в меру моих знаний, информированности и убеждений, составленных после травмы и разумных с учетом обстоятельств, что обвинения и другие факты, изложенные выше, имеют доказательное подтверждение или могут иметь доказательное подтверждение после выполненного в разумном объеме дальнейшего расследования или запроса информации.

Подпись адвоката/представителя (если применимо): _____ Дата: ____ / ____ / ____

Имя и фамилия (печатными буквами): _____ Должность: _____

Идентификационный № (если применимо): R _____ Если лицензированный представитель, укажите номер лицензии: _____ Дата окончания срока действия: _____

Инструкции по заполнению заявки работника (форма С-3)

Заполните эту форму и отправьте ее почтой на центральный адрес Совета по компенсациям работникам (WCB), указанный в конце этих инструкций. Если вам нужна помощь в заполнении этой формы, позвоните в Совет по компенсациям работникам по телефону **1-877-632-4996**. Эту форму можно также заполнить онлайн на сайте **wcb.ny.gov**. Если у вас нет или вы не знаете вашего номера дела WCB, оставьте это поле пустым. Указание этого номера не обязательно для обработки вашей заявки. Не забудьте указать свои имя и фамилию и дату получения травмы/заболевания в верхней части страницы 2.

Раздел А. Сведения о вас (работнике):

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

Примечание к пункту 7. Слушания в Совете проводятся на английском языке. Если вам требуется переводчик, выберите ответ **Да** и укажите требуемый язык.

Уведомление согласно закону штата Нью-Йорк «О защите и неприкосновенности частной жизни»

(Закон о государственных служащих, статья 6-А) и Федеральному закону о неприкосновенности частной жизни от 1974 года (5 USC § 552a).

Полномочия Совета по компенсациям работникам (далее «Совета») запрашивать у заявителей персональную информацию (включая номер социального страхования) основаны на полномочиях Совета проводить расследования согласно § 20 Закона о компенсациях работникам (WCL) и его административных полномочиях согласно § 142 WCL. Данная информация собирается, чтобы помочь Совету эффективно расследовать и администрировать заявки и хранить точные записи о заявках. Предоставлять ваш номер социального страхования Совету не обязательно. Если вы не укажете в этой форме свой номер социального страхования, то штраф за это не назначается и это не приведет к отклонению вашей заявки или снижению размера пособий. Совет защищает конфиденциальность всей персональной информации, которая находится в его распоряжении, и раскрывает ее исключительно при исполнении своих официальных обязанностей и в соответствии со штатным и федеральным законодательством.

Раздел В. Ваш работодатель:

В разделе В укажите имя, адрес, номер телефона и другие сведения о работодателе, для которого вы работали на момент получения травмы/заболевания.

Примечание. Вашим работодателем считается компания или учреждение, выплачивающее вам заработную плату. Если вы работаете по контракту на рабочей площадке или в офисе, вашим работодателем считается кадровое агентство или поставщик, который нанял вас, а не рабочая площадка или офис, куда вы являетесь на работу.

Раздел С. Ваша работа на момент получения травмы или заболевания:

В разделе С укажите свою должность, служебные обязанности и информацию об оплате.

Раздел D. Ваша травма или заболевание:

В разделе D укажите информацию о своей травме или заболевании.

Пункт 1. Укажите дату, когда вы получили травму, или первую дату, когда вы заметили у себя заболевание.

Если это болезнь или профессиональное заболевание, перейдите к пункту 2. Дату необходимо указать в формате «месяц/день/год». Год необходимо указывать в четырехзначном формате, например «2015».

Пункт 2. Укажите время, когда вы получили травму. Отметьте, что это время до полудня (AM) или после полудня (PM).

Пункт 3. Укажите место, где была получена травма/заболевание, включая адрес здания и конкретное место в здании, где была получена травма/заболевание.

Пункт 4. Отметьте, было ли это ваше обычное рабочее место. Если нет, объясните, почему вы находились в этом месте.

Пункт 5. Опишите подробно, что вы делали в момент получения травмы/заболевания (например, выгружали ящики из грузовика вручную).

Это объясняет, какие события привели к получению травмы/заболевания.

Пункт 6. Опишите подробно, как произошла травма/заболевание (например: «Я выгружал тяжелый ящик из кузова грузовика»). Здесь необходимо упомянуть всех присутствовавших при этом и все события, связанные с получением травмы/заболевания.

Пункт 7. Подробно опишите характер и масштаб травмы/заболевания, в том числе укажите все травмированные части тела. Описание должно быть максимально подробным (например: «Я потянул спину, пытаюсь поднять тяжелый ящик. Теперь мне больно наклоняться и держать даже легкие предметы»).

Пункт 8. Укажите, использовался ли при получении травмы какой-либо предмет или вещество (**кроме** лицензированного транспортного средства). Такими предметами или веществами могут быть инструмент (молоток и т. п.), химическое вещество (кислота и т. п.), оборудование (погрузчик, перфоратор и т. п.) и т. п.

Пункт 9. Укажите, участвовало ли в несчастном случае лицензированное транспортное средство. Если да, то отметьте, принадлежало ли это транспортное средство вам, вашему работодателю или постороннему лицу. Укажите регистрационный номер транспортного средства (если известен). Если это было ваше транспортное средство, укажите наименование и адрес страховщика вашего транспортного средства. Если вы подали в Департамент автотранспорта форму MV-104 (Отчет о дорожно-транспортном происшествии), то пожалуйста, отправьте ее копию вместе с формой С-3. Это ускорит процесс получения вами потенциальных льгот.

Пункт 10. Поставьте отметку, если вы уведомили о травме или заболевании вашего работодателя или руководителя. Если да, укажите, кого вы уведомили и было и это сделано в устной или письменной форме. Укажите дату уведомления.

Пункт 11. Поставьте отметку для указания того, были ли при этом свидетели. Если были свидетели, укажите их имена.

Раздел E. Возвращение к работе:

Пункт 1. Если вы не работали из-за вашей производственной травмы или профессионального заболевания, отметьте пункт «Да» и укажите дату, когда вы прекратили работать. Если вы не прекращали работу, отметьте пункт «Нет» и перейдите к следующему разделу.

Пункт 2. Если вы после этого вернулись к работе, отметьте пункт «Да». Также укажите дату, когда вы возобновили работу, а также укажите, выполняете ли вы сейчас свои обычные служебные обязанности или ограниченные или сокращенные обязанности. (Считается, что вы выполняете ограниченные обязанности, если вы не выполняете в полной мере те обязанности, которые у вас были до получения травмы или заболевания.)

Пункт 3. Если вы вернулись к работе, укажите, для кого вы работаете сейчас.

Пункт 4. Укажите свою общую заработную плату (до уплаты налогов) за платежный период для работы, которую вы выполняете сейчас. Укажите периодичность, с которой вы получаете оплату (еженедельно, раз в две недели и т. п.).

Раздел F. Медицинское лечение травмы или заболевания

Пункт 1. Если вы не получали медицинского лечения данной травмы/заболевания, отметьте пункт «Никогда не получал(а)» и перейдите к пункту 5. В противном случае укажите дату, когда вы получили лечение для данной травмы/заболевания, и заполните остальную часть раздела.

Пункт 2. Отметьте, если вы получили первое лечение данной травмы или заболевания на работе.

Пункт 3. Отметьте место, где вы впервые вне работы получили медицинское лечение травмы или заболевания. Укажите наименование и адрес учреждения, а также номер телефона (с кодом региона).

Пункт 4. Если вы еще получаете лечение для данной травмы или заболевания, отметьте пункт «Да» и укажите имя и адрес врача, предоставляющего лечение, а также номер телефона (с кодом региона); в противном случае отметьте пункт «Нет».

Пункт 5. Если у вас уже была другая травма той же части тела или аналогичное заболевание, отметьте пункт «Да» и укажите, получали ли вы лечение у врача для этой травмы или заболевания. Если вы получали лечение у врача, укажите имена и адреса врачей, которые оказывали вам помощь, и **заполните и подайте форму C-3.3 вместе с этой формой.**

Пункт 6. Если у вас была предыдущая травма или заболевание, отметьте, была ли эта предыдущая травма (или заболевание) связана с работой. Если да, отметьте, получили ли вы эту травму или заболевание во время работы для вашего нынешнего работодателя.

Подпишите форму C-3 в поле «Подпись работника» на стр. 2, впишите печатными буквами свои имя и фамилию и укажите дату подписания формы. Если форму подписывает другое лицо от имени работника, это лицо должно поставить подпись во второй строке. Если у вас есть законный представитель, ваш представитель должен заполнить и подписать раздел «Заявление адвоката/представителя» в нижней части на стр. 2.

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

1. Немедленно сообщите своему работодателю или руководителю, когда, где и как вы получили травму.
2. Немедленно обратитесь за медицинской помощью.
3. Попросите своего поставщика медицинских услуг отправить медицинские заключения в Совет и вашему работодателю или его страховщику.
4. Заполните эту заявку на компенсацию и отправьте ее в ближайший офис Совета по компенсациям работникам (WCB). (См. ниже.) Если вы подадите заявку по истечении двух лет после даты получения травмы, ваша заявка может быть отклонена. Если вам требуется помощь в заполнении этой формы, позвоните или придите в ближайший офис Совета по компенсациям работникам (WCB); адреса офисов приведены ниже.
5. Приходите на все слушания, для которых вы получаете уведомления.
6. Возвращайтесь к работе как можно раньше; размер компенсации никогда не будет выше вашей заработной платы.

Ваши права:

1. Обычно вы имеете право получать лечение у врача по своему выбору, при условии что этот врач одобрен Советом. Если у вашего работодателя имеется сеть предпочтительных поставщиков услуг (PPO), в должны получить начальное лечение в этой сети предпочтительных поставщиков услуг, которая предоставляет медицинские услуги в связи с травмами, покрываемыми компенсацией работникам.
2. НЕ ПЛАТИТЕ самостоятельно за услуги врачу или больнице. Их счета будут оплачены страховщиком в том случае, если ваше дело не будет оспорено. Если ваше дело будет оспорено, врачу или больнице придется ждать до того момента, когда Совет примет решение по вашему делу. Если вы не подадите заявку или Совет примет решение не в вашу пользу, вам придется самостоятельно оплатить услуги врача или больницы.
3. Вы также имеете право на возмещение средств, потраченных на лекарства, костыли или какой-либо аппарат, прописанный вашим врачом, и на транспортные расходы и другие необходимые расходы в связи с поездками к врачу или в больницу и обратно. (Сохраняйте квитанции для таких расходов.)
4. Вы имеете право на компенсацию, если из-за вашей травмы вы не смогли работать в течение более семи дней, вы вынуждены были выполнять работу с более низкой оплатой или получили постоянную нетрудоспособность в отношении какой-либо части тела.
5. Компенсация выплачивается напрямую и без ожидания решения о назначении, кроме случая, когда заявка оспорена.
6. Травмированные работники или иждивенцы умерших работников могут самостоятельно представлять свои интересы при рассмотрении всех вопросов в Совете или могут нанять адвоката или лицензированного представителя для представления их интересов. Если они наняли адвоката или лицензированного представителя, его гонорар за оказание юридических услуг будет рассмотрен Советом и в случае одобрения будет выплачен работодателем или страховщиком из назначенной суммы компенсации. Травмированные работники или иждивенцы умерших работников не должны ничего платить напрямую адвокату или лицензированному представителю, представляющему их интересы в деле о компенсации.
7. Если вам требуется помощь в возвращении к работе или в решении семейных или финансовых проблем, возникших вследствие травмы, обратитесь в ближайший офис Совета по компенсациям работникам и попросите направить вас к советнику по реабилитации или социальному работнику.

Эту форму необходимо отправить по следующему адресу:

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

Служба обслуживания клиентов (звонок бесплатный): 877-632-4996