뉴욕주 장애 급여 권리 장전

NEW YORK STATE | Workers' Compensation Board

비업무상 질병 또는 상해로 인해 일할 수 없는 근로자는 장애 급여를 받을 수 있습니다.

1. 업무와 관련이 없는 상해 또는 질병(임신으로 인한 장애 포함)에 대해 연속적인 장애 8일째부터 법적 장애 급여를 받을 수 있습니다. 고용주가 자가보험자인 경우를 제외하고, 고용주가 **아니고**, 고용주의 보험회사가 **근로자에게 직접** 장애 급여를 지불합니다. 주당 $170의 한도 내에서 본인 평균 주급의 50%를 최대 26주간 받을 수 있습니다. 일반적으로 근로자의 평균 주급은 장애 시작 직전 8주간 급여의 평균입니다. 근로자의 고용주나 노조는 승인된 장애 급여 플랜이나 계약에 따라 최소한 법정 급여만큼 적정한 조건의 다른 급여를 제공할 수 있습니다.

2. 또한 뉴욕주(NYS) 유급 가족 휴가(PFL)를 이용하는 경우, 장애 휴가와 유급 가족 휴가를 합친 기간은 연속 52주 기간 동안에 26주를 초과할 수 없습니다. 유급 가족 휴가와 장애 휴가를 동시에 이용할 수는 없습니다.

3. 장애를 증명할 수 있는 의사, 발병 의사, 척추 지압사, 치과의사, 조산사 또는 심리학자의 치료를 받을 수 있습니다. 근로자의 고용주 및/또는 노조가 승인된 장애 급여 플랜 또는 계약에 따라 의료비 지불을 제공하는 경우를 제외하고, 근로자의 의료비는 보장되지 않습니다.

4. 고용주는 근로자에게 장애 급여에 대한 권리 포기를 요청할 수 **없습니다**. 고용주는 보험료를 상계하기 위해 주당 최대 60센트의 부과금을 징수할 수 있습니다(추가 부과금이 승인된 플랜의 일부인 경우는 예외). **장애 급여를 요청하거나 받는 것을 이유로 차별이나 보복을 받을 수 없습니다.**

5. 근로자의 고용주 또는 고용주의 보험회사는 장애 휴가의 첫날 또는 작성된 청구서를 수령한 날 중에 나중에 도래하는 날로부터 18일 내에 지불을 시작하거나, ***기각 통지(Notice of Denial, 양식 DB-DEN)*** 또는 ***거부 통지(Notice of Rejection, 양식 DB-451)***를 발급해야 합니다. ***양식 DB-DEN***을 받을 경우, 근로자는 장애 휴가의 첫날 또는 작성된 청구서를 수령한 날 중에 나중에 도래하는 날로부터 45일 내에 추가 정보와 함께 ***양식 DB-451***을 받게 됩니다. 이 45일 이후에 급여를 받지 못하거나 또는 ***양식 DB-451***을 받지 못한 경우, 바로 NYS Workers' Compensation Board(Board)에 **(877) 632-4996**으로 연락하세요. 유의 사항: ***양식 DB-451***을 받고 이에 동의하지 않는 경우, 근로자는 서면으로 오른쪽 아래에 나와있는 주소로 Board에 검토를 요청할 수 있습니다.

청구서 제출 방법:

1. **wcb.ny.gov**에서 Board로부터, 또는 고용주, 고용주의 보험회사로부터 ***장애 급여 청구 통지 및 증명(Notice and Proof of Claim for Disability Benefits)(양식 DB-450)***을 받으세요.

2. 고용주 또는 담당 의료 서비스 제공자가 작성해야 하는 항목을 포함하여 지침에 따라 양식을 작성/제출하세요.

3. 장애가 발생한 첫날부터 30일 내에 고용주의 보험회사에 양식을 제출하세요. 청구가 신속하게 지급되지 않을 경우, 고용주 또는 고용주의 보험회사에 연락하세요. 청구서를 늦게 제출할 경우, 제출한 날짜 이전 2주 이상 기간의 장애에 대해 지급이 되지 않을 수 있습니다. 청구서를 일찍 제출하지 못한 합당한 이유를 입증할 수 있는 경우, 늦은 제출이 용납될 수도 있습니다. 장애가 시작된 시점에서 26주 이상 지난 다음에 제출하거나 직장 복귀 후에 제출한 경우, 급여가 제공되지 않습니다.

고용주가 근로자를 대신해 청구서를 제출했다고 추정하지 마세요. 청구서를 제출하는 것은 근로자의 책임입니다.

유의 사항: 장애가 자동차 사고의 결과이고 근로자가 무과실 급여에 대한 청구서를 제출한 경우, 근로자는 장애 급여에 대한 ***양식 DB-450*** 또한 **제출해야** 합니다. 근로자가 장애 급여를 신청하지 않은 경우, 무과실 보험회사는 근로자의 무과실 지불액을 줄일 수 있습니다.

중요 사항: 그런 경우, 장애 급여 자격이 되지 않으면 바로 무과실 보험회사에 알리세요.

청구서 양식의 입수나 작성과 관련된 도움이 필요하거나, 업무와 관련이 없는 상해나 질병에 대한 급여 관련 질문은 (877) 632-4996으로 문의하세요. Board 담당자가 도와드립니다.

본 정보는 장애 및 유급 가족 휴가 급여법(Disability and Paid Family Leave Benefits Law) 229항에서 요구하는 근로자의 권리를 간단히 설명한 것입니다. 귀하 고용주의 장애 급여 보험회사는 다음과 같습니다.

WORKERS' COMPENSATION BOARD
위원장 규정
NYS Workers' Compensation Board
Disability Benefits Bureau
PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

WCB.NY.GOV