Пособие по нетрудоспособности штата Нью-Йорк
ПАМЯТКА О ПРАВАХ

NEW YORK STATE | Workers' Compensation Board

Если вы не можете работать вследствие непроизводственного заболевания или травмы, вы можете иметь право на пособие по нетрудоспособности.

1. Вы можете получать установленное законом пособие по нетрудоспособности в связи с непроизводственной травмой или заболеванием (в том числе по нетрудоспособности в связи с беременностью) начиная с восьмого последовательного дня нетрудоспособности. Пособие по нетрудоспособности выплачивается **напрямую вам** страховщиком вашего работодателя, а **не** через вашего работодателя, если ваш работодатель не является одобренным самозастрахованным работодателем. Вы можете получать пособие максимально в течение 26 недель нетрудоспособности; размер пособия соответствует 50% от вашей средней недельной заработной платы, но не более 170 долларов в неделю. Обычно средняя недельная заработная плата — это средний размер вашей заработной платы за последние восемь недель до начала периода нетрудоспособности. Ваш работодатель или профсоюз может выплачивать в соответствии с одобренным соглашением или планом относительно пособий по нетрудоспособности другое пособие, условия которого не должны быть хуже установленного законом.
2. Если вы также берете оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам (ООС) штата Нью-Йорк, общий срок отпуска по нетрудоспособности и ООС за любой последовательный 52-недельный период не может превышать 26 недель. Нельзя одновременно взять ООС и отпуск по нетрудоспособности.
3. Вы можете получать лечение у любого врача, подолога, мануального терапевта, стоматолога, медсестры-акушерки или психолога, который может подтвердить вашу нетрудоспособность. Ваши медицинские счета не оплачиваются, если только ваш работодатель и/или профсоюз не оплачивает медицинские счета в соответствии с одобренным соглашением или планом относительно пособий по нетрудоспособности.
4. Ваш работодатель **не имеет права** просить вас отказаться от права на пособие по нетрудоспособности. Работодатели могут взимать взносы в размере до 60 центов в неделю для погашения расходов на страховые взносы (если дополнительный взнос не предусмотрен в одобренном плане). **Запрещается применять дискриминационные или репрессивные меры в отношении работников, которые запросили или получают пособие по нетрудоспособности.**
5. Ваш работодатель или страховая компания работодателя обязана начать выплаты или выдать *Уведомление об отказе (форму DB-DEN)* или *Уведомление об отклонении (форму DB-451)* в течение 18 дней после первого дня отпуска по нетрудоспособности или получения вашей заполненной заявки, в зависимости от того, что наступит позже. Если вы получили *форму DB-DEN*, вы также получите *форму DB-451* с дополнительной информацией в течение 45 дней после первого дня отпуска по нетрудоспособности или получения вашей заполненной заявки, в зависимости от того, что наступит позже. Если по истечении этих 45 дней вы не получили пособие или *форму DB-451*, незамедлительно позвоните в Совет по компенсациям работникам штата Нью-Йорк (WCB) (Совет) по телефону **(877) 632-4996**. ПРИМЕЧАНИЕ. Если вы получили *форму DB-451* и не согласны с этим решением, вы можете запросить пересмотр этого решения в Совете, написав по адресу, указанному в правом нижнем углу.

Подача заявки

1. Получите *Уведомление и подтверждение заявки на пособие по нетрудоспособности (форму DB-450)* в Совете на сайте **wcb.ny.gov**, у своего работодателя или в страховой компании работодателя.
2. Выполните инструкции относительно заполнения и отправки формы, в том числе относительно разделов, которые заполняются вашим работодателем и поставщиком медицинских услуг.
3. Отправьте форму в страховую компанию вашего работодателя в течение 30 дней после первого дня нетрудоспособности. Если вы в скором времени не получите выплаты по своей заявке, обратитесь к своему работодателю или его страховщику. Если вы подадите заявку позже установленного срока, вы сможете получить пособие только за период в две недели до даты подачи вашей заявки. Если вы подали заявку позже установленного срока по уважительной причине, докажите, что заявку не было возможности подать раньше. Пособие не выплачивается, если вы подали заявку более чем через 26 недель после начала нетрудоспособности или после возвращения на работу.

Не рассчитывайте, что заявку за вас подаст ваш работодатель. Подача заявки — это ваша обязанность!

Примечание. Если нетрудоспособность наступила в результате автомобильной аварии и вы подали заявку по страхованию «без вины», **вы обязаны** также подать *форму DB-450* для получения пособия по нетрудоспособности. Если вы не подадите заявку на пособие по нетрудоспособности, компания страхования «без вины» может уменьшить размер ваших выплат.

ВАЖНО! В таких случаях, если вы не имеете права на пособие по нетрудоспособности, незамедлительно сообщите об этом в компанию страхования «без вины».

ЕСЛИ ВАМ НУЖНА ПОМОЩЬ В ПОЛУЧЕНИИ ИЛИ ЗАПОЛНЕНИИ ФОРМЫ ЗАЯВКИ ИЛИ ЕСЛИ У ВАС ЕСТЬ ДРУГИЕ ВОПРОСЫ О ПОСОБИИ В СВЯЗИ С НЕПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ТРАВМОЙ ИЛИ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ПОЗВОНИТЕ ПО ТЕЛЕФОНУ **(877) 632-4996**. ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СОВЕТА ПОМОЖЕТ ВАМ.

Здесь приведена упрощенная информация о ваших правах в соответствии с разделом 229 Закона о пособии по нетрудоспособности и оплачиваемом отпуске по семейным обстоятельствам. Страховая компания вашего работодателя по выплате пособий по нетрудоспособности:

СОГЛАСНО ТРЕБОВАНИЮ
ПРЕДСЕДАТЕЛЯ СОВЕТА ПО
КОМПЕНСАЦИЯМ РАБОТНИКАМ
NYS Workers' Compensation Board Disability
Benefits Bureau
PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

WCB.NY.GOV