

您在工作中受伤。 现在需要做什么？

纽约州劳工赔偿局 (New York State Workers' Compensation Board) (简称“劳工赔偿局”) 已收到您受工伤的通知，因此，我们已以您的名义准备工伤赔偿个案。您可能已经接受治疗。如果您尚未接受治疗，应尽快就医。

如需为您的索赔寻求协助，请拨打劳工赔偿局 电话 **(877) 632-4996**。

您的责任

- 您必须以书面形式通知您的雇主，提供关于您何时何地以及如何受伤的信息。必须于受伤之日起 30 天内尽快通知雇主。
- 向您的医疗保健提供者告知您受工伤，并提供您雇主的姓名。切勿支付您的护理费用或使用其他健康保险。您的医疗保健提供者将向劳工赔偿局以及您的雇主或其保险公司提交医疗报告。如您的个案存在争议，劳工赔偿局需要获得有关您受伤情况的医疗报告，然后才能开始解决您的索赔。
- 您应提交一份 Employee Claim (员工索赔，C-3C 表格)，尽快向劳工赔偿局报告您的受伤事宜 (您必须在两年内向劳工赔偿局通知您的受伤或患病情况)。如果您的同一个身体部位曾经受伤或曾患有类似疾病，您必须同时提交一份 Limited Release of Health Information (健康信息的有限披露，C-3.3C 表格)。

提出索赔的两种方式

访问 wcb.ny.gov 并选择 File a Claim (提出索赔)。

填写随附的纸质表格并邮寄至劳工赔偿局。

如果您对提交 Employee Claim (员工索赔，C-3C 表格) 有任何疑问，请致电 **(877) 632-4996**，将有一名劳工赔偿局代表为您提供协助。

医疗保健和差旅费用账单

切勿为本次受伤/患病向提供治疗的医疗保健提供者或医院支付相关费用。除非劳工赔偿局做出决定，认定您的索赔无效，否则相关账单应由承保人支付。如您的个案存在争议，在劳工赔偿局作出对您有利决定的情况下，将会付款给医疗保健提供者。然而，如劳工赔偿局做出对您不利的决定，或您不对个案进行追究，您将必须向医疗保健提供者或医院支付费用 (或提交至您的健康保险承保人)。

您雇主的工伤赔偿保险承保范围包括由您的医疗保健提供者开出的必要医疗药品和设备。您也可以报销里程费、公共交通费或因治疗产生的其他必要差旅费用。确保您获得上述费用的收据，并将其提交至您的工伤赔偿承保人，填妥 Claimant's Record of Medical and Travel Expenses and Request for Reimbursement (索赔人医疗和差旅费用记录和报销申请，C-257C 表格) 后一同递交申请。

通常情况下，您可选择经过劳工赔偿局授权的任何医疗保健提供者。您可访问劳工赔偿局网站 wcb.ny.gov，使用网站上的“Find a Doctor”（寻找医生）功能，搜索经过授权的医疗保健提供者。您也可以使用职业健康诊所。然而，如果您雇主的工伤赔偿承保人有首选提供者组织 (Preferred Provider Organization, PPO) 为工伤赔偿受伤情况提供护理服务，那么您必须从 PPO 网络接受初步治疗。如果该承保人还有药房或诊断网络，那么您必须在这些网络中接受服务。该承保人必须向您告知有关其要求的提供者网络以及如何使用这些网络的信息。

薪资损失福利金

如果您的伤势对您造成以下一个或多个方面的影响，您有权获得工资损失的一部分，且必须立即向您支付：

1. 超过七天不能工作。
2. 您的某个身体部位终身残疾。
3. 由于您现在的工作时间减少或从事其他工作，造成工资降低。

您可以聘请律师或授权代表为您的索赔提供协助，然而这并非必需要求。劳工赔偿局为他们设定费用，这些费用将从您的薪资损失福利金中扣除。您或您的家人不应直接向您的律师或授权代表支付费用。

如果您的个案存在争议，在个案进行审理时，您可能会获得残障福利。如需获得 **Notice and Proof of Claim for Disability Benefits**（残障福利申请通知及证明，DB-450C 表格），可访问 wcb.ny.gov；致电劳工赔偿局寻求协助；或前往劳工赔偿局办公室索取。如果个案以对您有利的方式获得解决，残障福利将从您的薪资损失福利金中扣除。

可提供帮助

为重返工作岗位，有时候您需要获得帮助。您的雇主可能会安排替代的或轻负荷的工作任务，使您能够在治愈后重返工作。受伤也可能导致家庭或经济问题。劳工赔偿局的职业康复辅导员和社工人员可为您提供帮助。如需了解关于可用服务的更多信息以及寻求协助，请致电劳工赔偿局。

如您担心阿片类止痛药的依赖性问题，请致电 NYS OASAS HOPELine 热线 **877-8-HOPENY (877-846-7369)**。

之后需要做什么？

如果您的索赔被接受，您的雇主或其工伤赔偿承保人将会与您联系。接下来，将向您的医疗保健提供者支付费用，并启动薪资损失福利金的支付程序。如果您的个案存在争议，劳工赔偿局将告知您个案的解决情况，并在必要时可能要求提供附加信息。

重要联系信息

劳工赔偿局，包括残障福利

(877) 632-4996

general_information@wcb.ny.gov

wcb.ny.gov



利用劳工赔偿局的 eCase 应用程序，您可在线查看您的个案文件夹内容。
如需了解一般信息或注册 eCase，请访问劳工赔偿局网站 wcb.ny.gov。



**Workers'
Compensation
Board**



员工索赔

C-3

WCB 案件编号 (若已知): _____

1. 姓名： _____ 2. 出生日期： _____ / _____ / _____
名 中名 姓

3. 邮寄地址： _____ 门牌号和街道/邮箱 城市 州 邮政编码

4. 社会安全号码： _____ 5. 电话： (____) _____ 6. 性别： ☐ 男 ☐ 女

7. 如要参加本局的听证会，您需要翻译吗？ ☐ 是 ☐ 否 若需要，请说明需要何种语言的翻译服务

1. 受伤时的雇主: _____ 2. 电话: (____) _____

3. 您的工作地址: _____
门牌号和街道 城市 州 邮政编码

4. 受雇日期: ____/____/____ 5. 主管姓名: _____

6. 列出您受伤/患病期间任何其他雇主的名称/地址: _____

7. 您是否因伤/病而在其他雇主处误工? ☐ 是 ☐ 否

1. 您的工作职位或职位描述? _____
2. 您在工作时一般从事哪些活动? _____

3. 您的工作是（勾选一项） ☐ 全职 ☐ 兼职 ☐ 季节性 ☐ 自愿 ☐ 其他: _____
4. 您在每个工资结算期的（税前）工资总额是多少? _____
5. 工资的支付频率是多少? _____
6. 在工资以外, 您是否享有住宿待遇或小费? ☐ 是 ☐ 否 若是, 请说明: _____

1. 受伤日期或发病日期: _____/_____/_____
2. 受伤时间: _____ ☐ 上午 ☐ 下午
3. 伤害/疾病发生在哪里? (如 1 Main Street, Pottersville, 前门) _____

4. 这是您日常工作的地点吗? ☐ 是 ☐ 否 若否, 您当时为什么在这里? _____

5. 当您受伤或者发病时正在做什么? (如从卡车上卸货, 输入报告) _____

6. 伤害/疾病是怎么发生的? (如, 一根管子绊了我一下, 结果就倒在地上了) _____

7. 详细说明您所受伤害/所患疾病的性质; 列出受到影响的身体部位 (如左脚踝扭伤, 前额划伤): _____

您的姓名： _____
名 中名 姓

受伤/患病日期： _____/_____/_____

D. 您所受到伤害或所患疾病（续）

8. 伤害/疾病中涉及某个物体（如叉车、锤子、酸）吗？ ☐ 是 ☐ 否 若是，请指出 _____
9. 伤害是使用或操作有牌机动车造成的吗？ ☐ 是 ☐ 否
若是， ☐ 您的车辆 ☐ 雇主的车辆 ☐ 其他车辆 ☐ 车牌号（若已知）： _____
如果涉及到您的车辆，请给出您的机动车保险公司的名称和地址： _____
10. 您将伤/病通知您的雇主（或主管）了吗？ ☐ 是 ☐ 否
若是，通知的对象： _____ ☐ 口头 ☐ 书面 通知日期： _____/_____/_____
11. 有人看到您受伤了吗？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道 若是，请提供其姓名： _____

E. 重返工作岗位

1. 您因受伤/生病而停止工作了吗？ ☐ 是，日期是？ _____/_____/_____ ☐ 否，请跳至 F 部分。
2. 您恢复工作了吗？ ☐ 是 ☐ 否 若是，日期是？ _____/_____/_____ ☐ 正常工作 ☐ 有限工作
3. 如果您已恢复工作，您目前在为谁工作？ ☐ 同一雇主 ☐ 新雇主 ☐ 为自己工作
4. 您在每个工资结算期的（税前）工资总额是多少？ _____ 工资的支付频率是多少？ _____

F. 对伤害或疾病的医学治疗

1. 首次治疗的日期是？ _____/_____/_____ ☐ 未接受治疗（跳至问题 F-5）
2. 您是在现场接受治疗的吗？ ☐ 是 ☐ 否
3. 您是在哪里为您的伤害/疾病首次接受非现场治疗的？ ☐ 未接受治疗 ☐ 急诊室
☐ 医生办公室 ☐ 诊所/医院/急救中心 ☐ 住院超过 24 小时
您首次接受治疗的场所名称和地址： _____
_____ 电话号码：(____) _____
4. 您还在为这种伤害/疾病接受治疗吗？ ☐ 是 ☐ 否
请给出为您的这种伤害/疾病提供治疗的医生的姓名和地址： _____
_____ 电话号码：(____) _____
5. 根据记忆，您的同一身体部位受过伤害或者您患过类似疾病吗？ ☐ 是 ☐ 否
若是，是否接受过医生治疗？ ☐ 是 ☐ 否 若是，请提供为您治疗的医生的姓名和地址同时填写并提交表单 C-3.3 和本表单：

6. 上次受伤/患病与工作相关吗？ ☐ 是 ☐ 否
若是，您当时为之工作的与目前是同一雇主吗？ ☐ 是 ☐ 否

本人依照《劳工赔偿法》特此提出赔偿诉讼。本人签字证实，已尽本人所知在此提供真实而准确的信息。

任何人若故意或以欺诈为目的向任何保险公司或自我投保人提供或者安排提供含有任何重大虚假陈述的信息或隐瞒任何重大事实，或者有意准备此等信息并知道或相信其将被提供给任何保险公司或自我投保人，此等行为将构成犯罪，并可招致大额罚金和监禁等处罚。

雇员签字： _____ 姓名（印刷体）： _____ 日期： _____/_____/_____
雇员代表： _____ 姓名（印刷体）： _____ 日期： _____/_____/_____

仅当法律授权且雇员是未成年人、存在精神缺陷或无行为能力时，方可由他人代表该雇员签字。

本人保证，根据本人通过合理调查获得的认识、信息和看法，以上陈述及其他事实有证据支持，或者在合理调查或发现之后很可能获得证据支持。

律师/代表（若有）签字： _____ 日期： _____/_____/_____
姓名（印刷体）： _____ 职位： _____
身份证号（若有）： R _____ 若为持牌代理，牌证编号为： _____ 失效日期： _____/_____/_____

Employee Claim（员工索赔，C-3C 表格）填写说明

请填写此表，然后将其发送至本说明结尾处列出的劳工赔偿局（Workers' Compensation Board）集中邮寄地址。如果您在填写此表方面需要更多帮助，请致电 **1-877-632-4996** 联系劳工赔偿局。您也可以登录网站 **wcb.ny.gov** 在线填写此表。如果您没有或不知道您的劳工赔偿局个案编号，请将此字段留空。此字段不是必填字段，不会影响对您的索赔的处理。请记住在第 2 页的顶部填写您的姓名和受伤/患病日期。

A 部分 - 您的信息（雇员）：

在 A 部分，填写您的姓名、地址和要求的其他信息。

关于第 7 项的备注：劳工赔偿局听证会以英语进行。如果您需要翻译，请勾选是，并注明所需语种。

根据《纽约个人隐私保护法》（New York Personal Privacy Protection Law）下达的通知
（《纽约公职人员法》第 6-A 条（Public Officers Law Article 6-A））和《1974 年联邦隐私法》（Federal Privacy Act of 1974）
（5 U.S.C. § 552a）。

劳工赔偿局要求索赔人提供个人信息（包括他们的社会安全号码）的权力来自劳工赔偿局依照《工伤赔偿法》（Workers' Compensation Law, WCL）第 20 条享有的调查权以及依照 WCL 第 142 条享有的行政管理权。收集此信息的目的是协助劳工赔偿局以可能最权宜的方式调查和管理索赔，并帮助其保留准确的索赔记录。向劳工赔偿局提供您的社会安全号码属自愿行为。未在此表上提供您的社会安全号码不会受到任何处罚，也不会导致您的索赔被拒绝或福利减少。劳工赔偿局将会保护其持有的所有个人信息的机密性，只会在促进其执行公务并遵守适用州和联邦法律的情况下披露此类信息。

B 部分 - 您的雇主：

在 B 部分，填写您受伤/患病时所效力的雇主的姓名、地址、电话号码和其他信息。

备注：您的雇主是指签发您的工资单的公司或机构。如果您是位于某个工作地点或办事处的一名承包商，那么职业介绍所或雇佣您的供应商是您的雇主，您汇报工作时所在的工作地点或办事处并不是您的雇主。

C 部分 - 您受伤或患病当日的工作：

在 C 部分，填写您的职位名称、工作内容和工资信息。

D 部分 - 您所受伤害或所患疾病：

在 D 部分，填写您的受伤或患病信息。

第 1 项：填写您受伤的日期或您最初注意到自己生病的日期。

如果这是一种疾病或职业病，请跳过第 2 项。您受伤的日期必须采用月/日/年格式。年份应填写为四位数，如 2015 年。

第 2 项：填写受伤时间。勾选是上午还是下午。

第 3 项：注明受伤/患病时所处的地点，包括受伤/患病时所在楼宇和物理位置的地址。

第 4 项：勾选这是否是您的正常工作地点。如果不是，请解释您为什么在这个地方。

第 5 项：详细描述您在受伤/患病时正在做什么（例如，从卡车上徒手卸下箱子）。这段描述用于解释导致受伤的事件。

第 6 项：详细描述受伤/患病是怎样发生的（例如，我把一个很重的箱子搬下卡车）。这段描述应该包括受伤/患病中涉及的所有人员和事件。

第 7 项：全面注明您受伤/患病的性质和范围，包括所有受伤的身体部位。尽可能具体（例如，我尝试搬起一个很重的箱子时闪了腰。现在，弯腰或拿一些甚至较轻的东西都很痛）。

第 8 项：注明除了车牌的机动车外，事故中是否涉及某些物体。其他物体可以包括工具（例如锤子）、化学品（例如硫酸）、机械（例如叉车或钻床）等等。

第 9 项：注明事故中是否涉及有车牌的机动车。如果是，勾选该机动车是您的、您雇主的还是第三方的。注明车牌号码（如果知道）。如果涉及您的机动车，请填写您的汽车责任保险公司的名称和地址。

第 10 项：勾选您是否已向您的雇主或主管人员发出您受伤或患病的通知。如果是，注明通知接收者，以及通知是口头通知还是书面通知。注明您发出通知的日期。

第 11 项：勾选是否有任何其他人看到发生受伤的情况。如果有任何目击者，请注明他们的姓名。

E 部分 - 重返工作岗位：

第 1 项：如果您由于工作相关的受伤/患病而停工，请勾选“是”并注明您的停工日期。如果您没有停工，请勾选“否”并跳到下一部分。

第 2 项：如果您已经返回工作岗位，请勾选“是”。另请注明您重新开始上班的日期，以及您是承担您的“正常职责”还是“有限或受限职责”。（如果您不是承担受伤或患病前的全部职责，那么您是承担“有限职责”。）

第 3 项：如果您已经返回工作岗位，请注明您现在为谁工作。

第 4 项：填写您当前工作职位每个工资周期的工资总额（税前工资）。注明您多长时间收到一份工资单（每周、每两周等等）。

F 部分 一 对伤害或疾病的医学治疗：

第 1 项：如果您没有接受此受伤/患病的治疗，请勾选“没有接受”并跳到第 5 项。否则，填写您首次接受此受伤/患病治疗的日期，并完成本部分的其他项。

第 2 项：勾选您是否首次接受此受伤或患病的在工作场所治疗。

第 3 项：勾选您首次接受此受伤或患病的离开工作场所治疗的地点。注明医院的名称和地址，以及电话号码（包括区号）。

第 4 项：如果您仍在接受相同受伤或患病的持续治疗，请勾选“是”并注明提供治疗的医生的姓名和地址，以及电话号码（包括区号），否则勾选“否”。

第 5 项：如果您认为您的同一个身体部位已经受伤或患上类似的疾病，请勾选“是”并注明您是否曾经就此受伤或患病接受医生治疗。如果您曾经接受过某位医生的治疗，请注明提供护理的医生的姓名和地址，然后**填写C-3.3C 表格 并将其连同此表一同提交。**

第 6 项：如果您有旧伤或旧患，请勾选您的旧伤或旧患是否与工作有关。如果是，请勾选该受伤或患病是否是在为您目前的雇主工作时发生的。

在第 2 页为“员工签名”留出的地方签署C-3C 表格，以正楷书写您的姓名，并填写您签署该表的日期。如果有第三方代表员工签名，此人应该在第二个签名行上签名。如果您有法律代表，您的代表**必须**填写律师/代表证明部分并签名，详见第 2 页底部。

对于在职受伤或职业病，每名工作人员应该做些什么：

1. 立即告诉您的雇主或主管人员您受伤的时间、地点和经过。
2. 立即获得治疗。
3. 告诉您的医生向劳工赔偿局和您的雇主或其保险公司提交医疗报告。
4. 提出索赔，以获得赔偿，并将此表发送至最近的劳工赔偿局办公室。（见下文。）未能在受伤之日起两年内提交，可能导致您的索赔被拒绝。如果您在填写此表方面需要帮助，请致电或前往下列出的最近的劳工赔偿局办公室。
5. 在通知出席时，出席所有听证会。
6. 恢复后尽快返回工作岗位，赔偿金额从来不会像您的工资那样高。

您的权利：

1. 通常，您有权选择某位医生接受其治疗，只要这位医生经过劳工赔偿局授权即可。如果您的雇主参与首选提供者组织（Preferred Provider Organization, PPO）安排，您必须从指定为工伤赔偿受伤提供医疗服务的首选提供者组织获得初步治疗。
2. **不要**向医生或医院支付费用。如果您的个案不存在争议，他们的账单将由保险公司支付。如果您的个案存在争议，医生或医院必须等到劳工赔偿局裁决您的个案后才能获得付款。如果您不起诉您的个案或者劳工赔偿局判您败诉，您将必须向医生或医院支付费用。
3. 此外，您还有权报销您的医生合理开出的药物、拐杖或任何器械的费用，以及往返您医生的诊所或医院的交通费或其他必要费用。（索取此类费用的收据。）
4. 如果您由于受伤而不能工作超过七天、迫使您从事工资较低的工作、或导致您的任何身体部位终生残疾，您有权获得赔偿。
5. 赔偿可直接支付，不必等待判决结果，除非索赔存在争议。
6. 受伤的工作人员或已故工作人员的家属可以到劳工赔偿局亲理各种事宜，也可以聘请律师或授权代表来代表他们处理各项事宜。如果聘请律师或授权代表，其法务费用将由劳工赔偿局审核，如获批准，将由雇主或保险公司以任何应付的赔偿福利支付。受伤的工作人员或已故工作人员的家属不应直接向在赔偿个案中代表他们的律师或授权代表支付任何财物。
7. 如果您在返回工作岗位或者由于受伤而导致家庭或财务问题方面需要帮助，请联系离您最近的劳工赔偿局办公室，要求安排康复辅导员或社工人员。

此表应通过直接发送到下列地址进行提交：

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

免费客服电话：877-632-4996



WCB 案件编号（若已知）：_____

致索赔人：如果您因同一身体部位曾有的伤害或与当前索赔中类似的疾病而接受过治疗，请填写此表。此表允许您在下方列出的医疗服务提供者向雇主的劳工赔偿保险公司披露有关您以前所受伤害/所患疾病的健康信息。联邦 HIPAA 法（1996 年版《健康保险可转移性与责任法案》）规定，您有权获得此表的副本。如果您不理解此表的内容，请与您的法律代表联系。如果您没有法律代表，则劳工赔偿局的工伤律师将为您提供帮助。请致电：800-580-6665。

致医疗服务提供者：这份遵照 HIPAA 的披露书允许披露索赔人的健康信息。如果您依照披露书向索赔人雇主的劳工赔偿保险公司递交病历，请同时邮寄副本给索赔人的法律代表。（如果以下未列出法律代表，请寄送给索赔人。）医疗服务提供者在披露病历时必须遵守纽约州法律和 HIPAA 法案的规定。

此披露书具有：

- **自愿性。**无论您是否签署此表，您的医疗服务提供者都必须为您提供相同的医疗照护、付款条件和权益。
- **限制性。**它只允许您的医疗服务提供者披露与您下方描述的曾患疾病相关的病历内容。
- **临时性。**当您的最新索赔诉讼确立，或索赔被驳回且所有上诉途径均已用尽时，披露书即会失效。
- **可撤销性。**您可以随时撤销本披露书。若要撤销，请向表中所列的医疗服务提供者发送撤销信函。同时分别抄送雇主的劳工赔偿保险公司和劳工赔偿局。说明：对于已经提供的病历，则将无法撤销。
- **仅适用于病历。**此表允许所列的医疗服务提供者将您的病历提供给雇主的劳工赔偿保险公司。

此表不允许医疗服务提供者披露以下信息：

- **HIV 相关信息**
- **心理治疗记录**
- **戒酒/戒毒治疗**
- **精神健康治疗**（您在下方勾选时除外）
- **口头信息**（您的医疗服务提供者不得与任何人讨论您的健康信息）

披露的任何病历都将存入劳工赔偿档案，依据《劳工赔偿法》，这些信息属于私密信息。

A. 您的信息（索赔人）

1. 姓名：_____
2. 社会安全号码：_____-_____-_____
3. 邮寄地址：_____
4. 出生日期：____/____/____
5. 当前受伤/患病的日期：____/____/____
6. 当前的伤/病，包括所有受伤的身体部位：_____
7. 您的法律代表的姓名和地址（若有）：_____

☐ 如果您允许医疗服务提供者披露精神健康信息，请勾选本项。

B. 您的医疗服务提供者（列出曾经为您同一身体部位所受伤害或类似疾病而治疗过的所有医疗服务提供者。如果超过 2 名，请在此表上另附联系信息。）

1. 提供者：_____
2. 电话：(____)_____
3. 邮寄地址：_____
4. 其他提供者（若有）：_____
5. 电话：(____)_____
6. 邮寄地址：_____

C. 请仔细阅读并在下面签字。本人特此要求以上所列医疗服务提供者向本人雇主的劳工赔偿保险公司提供与上述所有身体部位所受伤害/所患疾病相关的全部病历。

索赔人签字（请手写，并尽量使用蓝色圆珠笔。）

日期

如果索赔人不能签字，其代表必须填写以上内容并签字：

您的姓名

与索赔人的关系

签字（请手写，并尽量使用蓝色圆珠笔。）

日期

纽约州
劳工赔偿局

关于选择劳工赔偿局授权医疗服务提供者的权利的通知

受伤员工姓名	受伤员工社会安全号码	事故日期
雇主名称及地址		

致受伤员工：

为治疗您的工伤疾病，您可以选择由劳工赔偿局授权、且接收享受劳工赔偿权益的患者的任何内科医生、足科医生、按摩师或心理医生（由授权的内科医生转介）。

虽然您可以选择使用雇主或其劳工赔偿保险公司推荐的医疗网络或医疗服务提供者，或允许雇主代为选择医疗服务提供者，但您可以随时更换医疗服务提供者，而且不会影响您的劳工赔偿诉讼。

受伤员工签字

日期

证人签字

日期

请注意： 如果您的雇主 (i) 参加了《劳工赔偿法》第 10-A 条规定的认证优选医疗服务组织 (PPO)；或者 (ii) 参加了《劳工赔偿法》第 25(2-c) 节规定的替代性争议解决方案 (ADR) 试点计划，则您无需签署本同意书。根据这些法定方案，紧急情况下除外，对于具有劳工赔偿资格的任何伤/病，您必须至少在雇主指定的认证医疗服务网络或提供者处接受初期治疗。

致雇主：

雇主须向上述受伤员工提供经签署的本同意书的副本，并留下原件存档，劳工赔偿局有权随时检查。本同意书不得在员工受工伤或患病前签署，无需提交给劳工赔偿局。

劳工赔偿局对残障人士采无差别雇用和服务政策。



贵公司的工伤赔偿保险承保机构是 The New York State Insurance Fund (NYSIF) 该机构与 CVS Caremark 签订了合约，CVS Caremark 为一家 pharmacy benefits manager (PBM)(药房福利管理) 公司，提供方便的处方药配药服务。

NYSIF 与 CVS Caremark 公司实施了一项即时登记或称为 “short-fill” (「立即配药」) 的服务。这项新服务允许在 PBM 网络内的任何一家药房可以立即接受受伤员工的处方药药单。虽然纽约州法律并没有要求我们提供这项福利，我们还是选择为新的**工伤或因公成疾**的索赔申请提供数量有限且符合成本效益的药物福利，以便帮助受伤的员工在受伤后和索赔被接受之前，度过最初较艰难的日子。

当员工在工作场所受伤时，他们可以利用本页背面的 **(Workers' Compensation Temporary Prescription Services ID)** 《工伤赔偿临时处方服务识别证》表格到任何参加 CareComp Network of CVS Caremark (快捷药方工伤赔偿网络) 的药房领取处方药。这让您很容易地取得**因工伤而需要的处方药**。

第1步：雇主填写：

- 雇主名称：
- 保单号码

第2步：受伤的员工填写他/她的：

- 社会安全号码
- 受伤日期
- 出生日期
- 姓名
- 邮寄地址

第3步：受伤的员工携带下列文件到药房：

- 填妥的临时识别证表格
- 工伤处方药药单

第4步：在纽约州保险基金确认事故发生的 10 天之内，受伤的员工将会收到 CVS Caremark 公司寄出的文件包。这文件包中将包含一张永久的识别卡，在领取工伤处方药时应该使用这张卡。

备注：受伤的员工可以快速找到当地参加 CVS Caremark 网络的药房，请浏览：

<http://www.wcrxpharmacylocator.com>，或致电 CVS Caremark 24-hour 病人护理热线(866) 493-1640。

如果您对本表格有任何疑问，请联系您的工伤赔偿承保机构，NYSIF，(888) 875-5790。



Workers' Compensation Temporary Prescription Services ID Important Information

ATTENTION INJURED WORKER

This Workers' Compensation Temporary Prescription Services ID form **MUST BE PRESENTED** to your pharmacist when you fill your initial prescription(s). If you have questions or need to locate a participating pharmacy, please contact CVS Caremark Customer Service at 1-866-493-1640.

请注意：受伤的员工

当您首次领取处方药时，必须向药剂师出示这张 Workers' Compensation Temporary Prescription Services ID (《工伤赔偿临时处方服务识别证》) 表格。如果您有疑问或需要查找某参与药房的地点，请联系 CVS Caremark Customer Service (CVS Caremark 客户服务)，电话号码是 866-493-1640。

Pharmacist/Employer – When form is completed, fax to CVS Caremark: **1-866-493-1644**

Claimant information will be added by CVS Caremark to allow medications to process. This information can also be phoned in at 1-866-493-1640

New York State Insurance Fund

Group#: NYSIF

Attention: All items below must be completed.

EMPLOYER'S NAME:

INJURED WORKER'S NAME:

EMPLOYER'S WORKERS' COMPENSATION
POLICY NUMBER: _____

FIRST MI LAST:

INJURED WORKER'S MAILING ADDRESS:

DATE OF INJURY: ____ / ____ / ____
MM / DD / CCYY

STREET:

INJURED WORKER'S DATE OF BIRTH:

CITY, STATE ZIP

ID#: _____
Injured Worker's Social Security Number

Help Desk: This is a POS Program through CVS Caremark only. For Assistance call the CVS Caremark Help Desk at: 866.493.1640

Attention Pharmacist:

New York State Insurance Fund's prescription program is administered by CVS Caremark. The following are the steps necessary to submit a prescription for New York State Insurance Fund claimants.

Please follow the action steps listed below to enter the claim.

Step 1	Enter Bin Number 610235
Step 2	Enter PCN: WRK
Step 3	ID: Injured Worker' Social Security Number

NEED ASSISTANCE?

Pharmacist, if you have any questions while processing the claim, please call the CVS Caremark Help Desk at **1-866-493-1640**.



透過直接存款來申領您的工傷賠償款項！

直接存款

New York State Insurance Fund

nysif.com

NYSIF 為申領人提供以直接存款方式收取工傷賠償福利金的選項。透過和您的金融機構一同合作，NYSIF 能直接將福利金款項直接存入您的銀行帳戶。

帳戶種類需求

請選擇一種帳戶：**支票**或**儲蓄**。完成直接存款單的所有資訊，包括您的受款銀行代碼和帳號(請參見圖示)。若您需要任何協助，請聯絡您的銀行。



取消

本協議在取消前將持續生效。若要取消您的協議，請前往 nysif.com，以申領人身分註冊後選擇「取消訂閱直接存款」選項。除此之外，您也可以使用 nysif.com 中「找到我的個案管理人」之快速連結，藉此聯絡您的 NYSIF 個案管理人。NYSIF 或您的金融機構也得取消本協議。無論如何，之後的福利金支票將會以郵件寄送。取消流程可能需費時最多三週。

對您的帳戶進行變更

若您的銀行帳戶資訊有任何變動 (帳號變更、金融機構變更等)，您有責任通知 NYSIF。提交新的直接存款申請表，藉以通知 NYSIF，申請表可在 nysif.com 上找到。

若您變更了帳戶或金融機構，在您的新帳戶收到下一筆直接存款款項前，您應該先保留您的舊帳戶。若您未保留舊帳戶，在新的直接存款授權生效前，您可能會經歷款項上的延遲。

定期驗證

NYSIF 可能會定期聯絡您，以驗證和您直接存款帳戶相關的資訊。如果受款人已經過世，請立即通知 NYSIF。

若要以直接存款方式領取福利金，請完成這份申請表，並將其寄回下方所列之地址。針對您要求直接存款的權利，若需要更多資訊，請前往 NYSIF.COM/DIRECTDEPOSIT。

姓名 (名字、中間名、姓氏):	NYSIF 工傷賠償福利金申領號碼:	
住家地址 (請勿使用郵政信箱):		
城市:	州:	郵遞區號:
電子郵件地址:		
電話:		
直接存款帳戶設定 (只能選擇一項): ☐ 支票 ☐ 儲蓄		
(請填寫所有資訊，包括您的帳號以及受款銀行代碼。若您在完成本部分時需要任何協助，請聯絡您的金融機構。)		
金融機構名稱:		
受款銀行代碼	帳號	
存款人/受款人證明與授權		
在本申請表上簽名，本人授權紐約州保險基金直接將款項存入上方所述的金融機構之指定帳戶中。本人保證具備收受上記補償款項或和解收益之資格，而賦予本人自 NYSIF 處領取福利金之身分條件並未改變。若此身分條件有任何改變，以致影響我收受此款項的資格有所變更，我必須通知 NYSIF。我瞭解若要申請直接存款，我必須提供電子郵件地址。透過提交本申請表，我同意透過所提供的電子郵件地址收取電子通知。		
簽名:	日期:	

請將完成後的申請表寄至：

DOCUMENT CONTROL CENTER
NEW YORK STATE INSURANCE FUND
1 WATERVLiet AVENUE EXT.
ALBANY, NY 12206-1649