

## 受傷工人的快速指南

# 您在工作中受傷。現在要怎麼辦？

如果您曾在工作場所受傷或患病，您可能有資格獲得工傷賠償金福利。您可能已經獲得醫療治療。如果還沒有，您應該盡快尋求醫療護理。

如果您需要索賠上的援助，可撥打 **Workers' Compensation Board (委員會)** 的電話 **(877) 632-4996**。

## 您的責任

- 以書面形式通知您的雇主，在書中詳述您受傷或患病的具體時間、地點以及如何發生的。在您受傷或患病後 30 天內盡快完成這一步。不要使用發簡訊的方式；而是應該發送信函、電子郵件或其他可以被保存或打印的文件。
- 告知您的醫療保健提供者您有與工作相關的傷或疾病，並且提供您的雇主的工傷賠償保險公司的名稱。如果您不知道您的雇主的保險公司的名稱，則可詢問您的雇主，或者立即聯繫該委員會。您的醫療保健提供者將向該委員會以及您的雇主或其保險公司提交醫療報告。需要向該委員會提交醫療報告，才可使您獲得您的福利。
- 提交《員工索賠表》(表格 C-3)，盡快向該委員會報告您的傷情或疾病。您必須在兩年內告知該委員會您有受傷或患病。如果您以前曾傷到同一個身體部位，或者有過類似的疾病，您還必須提交《健康資訊的有限披露》(表格 C-3.3)。公民和移民身份不是影響工傷賠償的因素。

## 如何提交索賠

最快的方式：進入 [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov)，然後選擇「File a Claim (提交索賠)」。

如有關於填寫表格 C-3 的問題，或者需要收到表格的副本，請撥打 **(877) 632-4996**。委員會的代表會幫助您。

## 醫療和出行開支

治療您與工作相關的傷或疾病的醫療護理，屬於為您免費提供的工傷賠償福利。您的雇主工傷賠償保險公司，將向您的醫療保健提供者直接支付您因受傷或患病的醫療賬單。如果保險公司就您的個案提出爭議，該醫療保健提供者會在委員會就您的個案做出對您有利的決定時收到付款。不過，如果該委員會做出對您不利的決定，或者如果您沒有為個案做進一步努力，您將需要向醫療保健提供者或醫院付款（或者將賬單提交到您自己的醫療保險公司）。

您雇主的工傷賠償保險承保您的醫療保健提供者開出的在醫療方面必要的藥物和設備。您也可報銷在出行接受治療時產生的里程、公共交通或其他必要費用。向您雇主的工傷賠償保險公司，並且使用《索賠人的醫療和出行開支記錄以及報銷申請》(表格 C-257) 向該委員會提交這些支出（如果您有任何收據，也一併附上）。

一般來說，您可以選擇有該委員會授權的任何醫療保健提供者。您可以在 [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov) 上使用「搜索醫療保健提供者」功能，搜索您所在區域有授權的醫療保健提供者。您還可以使用職業健康診所。不過，如果您雇主的工傷賠償保險公司有為工傷賠償傷害提供護理的首選提供者組織 (PPO)，您必須先在 PPO 網絡內的提供者處接受治療。如果保險公司還有藥房或診斷網絡，您必須在這些網絡內獲得服務。該保險公司必須告訴您其要求的提供者網絡以及如何使用這些網絡。不過，您可以在緊急情況下見任何提供者。

### 針對工資損失的福利

如果您受的傷或疾病以下列一種或多種方式影響到您，您則有權獲得部分工資損失，這一部分必須被盡快支付：

1. 使您超過七個日曆日無法工作；
2. 您的身體部位經認定終身殘疾；並且/或者
3. 由於您現在的工作時間減少或從事其他工作，造成工資降低。

您在受傷或患病後痊癒之後，並且不期待有進一步醫療改善時（通常是在事故/疾病或手術——如果有做手術——之日後一年），您可以要求您的醫生評估您的事故/疾病是否有導致終身傷害/疾病。如要瞭解更多關於該福利的資訊，請進入 [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov)，點擊「Worker（工人）」欄，然後選擇「Disability Classifications（殘疾分類）」。

您可聘請律師或持牌代表為您的索賠提供幫助，但這不是必須的。您或您的家人不應該直接支付您的律師或持牌代表。他們的費用經該委員會的批准，會從授予您的工資損失中扣除。

如果您的個案存在爭議，您可在個案被委員會待審期間獲得殘障福利。如要獲得《殘障福利索賠申請的通知和證明》（表格 DB-450），可進入 [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov)；或者致電委員會，獲得援助，或者造訪委員會辦公室。如果個案的結果對您有利，則將從授予您的工資損失中扣除該殘障福利。

### 接下來會發生什麼？

工傷賠償保險公司會聯繫您。如果您的索賠申請被接受，您的醫療保健提供者會收到付款，工資損失福利也將開始。如果您的個案需要聽證會，該委員會將聯繫您。使該聽證流程更容易的線上資源有：

- **eCase**：您可以使用委員會的 eCase 系統，上傳並線上查看與個案相關的文件；委員會使用該系統處理受傷工人的索賠申請。您必須在 [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov) 註冊 eCase。
- **虛擬聽證會**：您可以使用虛擬聽證會，選擇無需前往委員會辦公室的方式參加聽證會。在 [wcb.ny.gov/virtual-hearings](http://wcb.ny.gov/virtual-hearings) 上瞭解更多關於虛擬聽證會和委員會免費應用程序的資訊。

### 可用幫助

您有時需要返回工作崗位的幫助。您的雇主可能會安排替代性的或輕負荷的工作任務，使您在逐漸痊癒時能繼續工作。受傷或患病還可導致家庭或經濟問題。該委員會有可提供幫助的職業康復顧問和社會工作者。致電該委員會，瞭解更多關於可用服務的資訊並尋求援助。

如果您擔心阿片類止痛藥物的依賴性問題，請撥打紐約州 OASAS HOPELine：**877-8-HOPENY (877-846-7369)**。

### 重要聯絡資訊

Workers' Compensation Board	(877) 632-4996	claims@wcb.ny.gov
		wcb.ny.gov

New York State Workers' Compensation Board  
PO BOX 5205  
Binghamton, NY 13902-5205



Workers'  
Compensation  
Board



請填寫本表格，以工傷或工作相關疾病為由申請勞工賠償福利金。請打字輸入或正楷書寫。本表格也可以在線上填寫：www.wcb.ny.gov。

WCB 案件編號（如果知道）：\_\_\_\_\_

A. 您的資訊（員工）

- 1. 姓名：\_\_\_\_\_ 2. 出生日期：\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
3. 郵寄地址：\_\_\_\_\_
4. 社會安全號碼：\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ 5. 電話號碼：(\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_
6. 性別： 男  女  第三性別
7. 如果您必須出席委員會的聽證會，您是否需要翻譯員？  是  否 如果是，需要什麼語言？\_\_\_\_\_

B. 您的雇主

- 1. 受傷時的雇主：\_\_\_\_\_ 2. 電話號碼：(\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_
3. 您的工作地址：\_\_\_\_\_
4. 您受傷的日期：\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 5. 您的主管的姓名：\_\_\_\_\_
6. 列出您受傷/患病時的任何其他雇主的名字/地址：\_\_\_\_\_
7. 您是否由於傷害/疾病而損失了其他工作的工時？  是  否

C. 在受傷或患病日您的工作

- 1. 您的工作頭銜或職責是什麼？\_\_\_\_\_
2. 您一般在工作時執行什麼類型的活動？\_\_\_\_\_
3. 您的工作是否為？（選取一項）  全職  兼職  季節性  志工  其他：\_\_\_\_\_
4. 您的每段工資結算期的總工資（稅前）是多少？\_\_\_\_\_ 5. 您多久領一次工資？\_\_\_\_\_
6. 除了工資以外，您是否還接受住宿或小費？  是  否 如果是，請描述：\_\_\_\_\_

D. 您的傷害或疾病

- 1. 受傷日期或發病日期：\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 2. 受傷時間：\_\_\_\_\_  上午  下午
3. 受傷/患病的地點？（例如，1 Main Street, Pottersville，正門）\_\_\_\_\_
4. 這是否為您的通常工作位置？  是  否 如果否，您當時為什麼在此位置？\_\_\_\_\_
5. 您在受傷或患病時正在做什麼？（例如，卸卡車，錄入報告）\_\_\_\_\_
6. 傷害/疾病是怎樣發生的？（例如，我絆倒管道，跌倒在地）\_\_\_\_\_
7. 詳細說明您的傷害/疾病的性質；列出受影響的身體部位（例如，左腳踝扭傷並且額頭割傷）：\_\_\_\_\_



您的姓名： \_\_\_\_\_  
名字 中間名 姓氏

受傷/患病的日期： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### D. 您的傷害或疾病 續

8. 傷害/疾病是否涉及物體（如叉車、錘子、酸）？  是  否 如果是，是什麼物體？ \_\_\_\_\_

9. 受傷是由於使用或操作有牌照的機動車造成的嗎？  是  否  
如果是，  您的車輛  雇主的車輛  其他車輛 車牌號（如果知道）： \_\_\_\_\_

如果涉及您的車輛，請提供您的機動車保險公司的名稱和地址： \_\_\_\_\_

10. 您是否已經通知您的雇主（或主管）傷害/疾病事件？  是  否  
如果是，通知了誰： \_\_\_\_\_  口頭  書面 提供通知的日期： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

11. 是否有任何人看到您受傷？  是  否  未知 如果是，請列出姓名： \_\_\_\_\_

#### E. 復工

1. 您是否由於傷害/疾病而停止了工作？  是，日期是？ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  否，跳到 F 部分。

2. 您是否復工了？  是  否  如果是，日期是？ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  正常職責  有限職責

3. 如果您已經復工，您現在為誰工作？  同一雇主  新雇主  個體經營

4. 您的每段工資結算期的總工資（稅前）是多少？ \_\_\_\_\_ 您多久領一次工資？ \_\_\_\_\_

#### F. 對此傷害/疾病的醫療治療

1. 您的首次治療的日期是？ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  未接受（跳到問題 F-5）

2. 您是否在現場接受了治療？  是  否

3. 您在哪裡接受了針對傷害/疾病的首次現場外醫療治療？  未接受  急救室  
 醫生診室  診所/醫院/緊急照護  住院超過 24 小時

您首次接受治療的場所的名稱和地址： \_\_\_\_\_ 電話號碼： ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

4. 您是否仍在接受傷害/疾病的治療？  是  否  
請給出為您治療此傷害/疾病的醫生的姓名和地址： \_\_\_\_\_ 電話號碼： ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

5. 您是否曾在同一身體部位受到其他傷害，或出現相似疾病？  是  否  
如果是，您是否得到了醫生的治療？  是  否 如果是，請提供為您進行治療的醫生的姓名和地址，以及  
**完成表格 C-3.3 並隨本表格一起提交：**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. 以前的傷害/疾病是否與工作相關？  是  否  
如果是，您當時的雇主是否與現在的相同？  是  否

我特此根據勞工賠償法提出福利索賠。我的簽字確認，我提供的資訊據我所知所信是真實並準確的。

任何知情並有意欺詐者，如提交、促成提交或在知情或相信將提交此類資訊的情況下準備的任何資訊，或透過保險公司或自我投保者提交的任何資訊，包含任何虛假陳述或隱瞞任何重大事實，構成犯罪，並將被處以高額罰款和監禁。

員工簽字： \_\_\_\_\_ 正階書寫姓名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

代表員工： \_\_\_\_\_ 正階書寫姓名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*僅當簽字者獲得法律授權，以及員工是未成年人、精神上無行為能力或者喪失能力之時，此人才可以代表員工簽字。*

基於我根據當時情況進行合理查詢後的所知所信，我證明，上文主張之指控和其他事實均有證據支持，或者很可能在獲得合理機會進一步調查或證據開示後獲得證據支持。

律師/代表簽字（如有）： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

正階書寫姓名： \_\_\_\_\_ 稱謂： \_\_\_\_\_

ID 號（如有）： R \_\_\_\_\_ 如果是持執照代表，則執照號碼： \_\_\_\_\_ 到期日期： \_\_\_\_\_

## 完成員工索賠的說明（表格 C-3）

請填寫此表並寄到本說明末尾所列的勞工賠償委員會的集中郵寄地址。如果您需要額外幫助完成本表格，請聯絡勞工賠償委員會，電話 1-877-632-4996。您也可以在线上填寫此表格：[wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov)。如果您沒有或不知道您的勞工賠償委員會案件編號，請將此欄位留空。處理您的索賠不必一定有案件編號。記得在第二頁的頂部輸入您的姓名和受傷/患病的日期。

### A 部分 - 您的資訊（員工）：

在 A 部分，輸入您的姓名、地址和其他要求的資訊。

**關於第 7 項的注意：**委員會的聽證會是用英語進行的。如果您需要翻譯員，請選擇是，並指出您需要的語言。

**根據《紐約個人隱私保護法》（公職人員法第 6-A 條）  
和《1974 年聯邦隱私法案》（5 U.S.C. § 552a）發出的通知。**

勞工賠償委員會（Workers' Compensation Board，簡稱委員會）要求索賠人提供個人資訊（包括他們的社會安全號碼）的權力，來自於勞工賠償法（Workers' Compensation Law, WCL）§ 20 規定的委員會調查權，以及 WCL § 142 規定的行政權。蒐集這些資訊是為了協助委員會以最快捷的方式調查和管理索賠，並幫助委員會保持準確的索賠記錄。向委員會提供您的社會安全號碼是自願的。不在此表格中提供您的社會安全號碼，不會受到任何處罰；也不會導致您的索賠被拒絕或福利減少。委員會將保護其掌握的所有個人資訊的機密性，只有在履行其官方職責並符合適用的州和聯邦法律時才會揭露這些資訊。

### B 部分 - 您的雇主：

在 B 部分，請輸入您在受傷/患病時工作的雇主的姓名、地址、電話號碼和其他資訊。

**注：**您的雇主是向您發放工資的公司或機構。如果您是某個工作地點或辦公室的承包商，那麼僱用您的人事機構或供應商就是您的雇主，而不是您報到的工作地點或辦公室。

### C 部分 - 在受傷或患病日您的工作：

在 C 部分，填寫您的工作頭銜、工作活動和工資資訊。

### D 部分 - 您的傷害或疾病：

在 D 部分，輸入您的傷害或疾病資訊。

**第 1 項：**輸入您受傷的日期或您注意到自己患病的最初日期。

如果是疾病或職業病，請跳過第 2 項。您受傷的日期必須用月/日/年的格式。年份應寫成四位數，例如：2015。

**第 2 項：**輸入受傷時的時間。確認是上午還是下午。

**第 3 項：**指出受傷/患病時的所在位置，包括建築物的地址和受傷/患病時在建築物內的實際位置。

**第 4 項：**確認這是否是您的正常工作地點。如果不是，請解釋您為什麼在這個位置。

**第 5 項：**詳細描述您受傷/患病時在做什麼（例如，徒手從卡車上卸箱子）。

這解釋了導致受傷的事件。

**第 6 項：**詳細描述傷害/疾病是如何發生的（例如，我從卡車上抬起一個沉重的箱子）。這應該包括與傷害/疾病有關的全部人和事。

**第 7 項：**充分指出您受傷/患病的性質和程度，包括所有受傷的身體部位。盡可能具體（例如，我在抬一個重箱時拉傷了背部。現在彎腰或拿更輕的東西都很疼）。

**第 8 項：**指出除了有牌照的機動車以外，事故是否還涉及其他物體。其他物體可能包括工具（如錘子）、化學品（如酸）、機械（如叉車或鑽機）等。

**第 9 項：**指出事故是否涉及有牌照的機動車。如果是，請確認涉及的機動車是您的，您的雇主的，還是第三方的。注明車牌號（如果知道）。如果涉及您的車輛，請填寫您的汽車責任保險公司的名稱和地址。

**第 10 項：**確認您是否通知了您的雇主或主管傷害或疾病事件。如果是，請指出您通知了誰，以及是口頭還是書面通知。指出您提供通知的日期。

**第 11 項：**確認是否有其他人看到受傷的情況。如果有人看到了，請注明他們的名字。

### E 部分 - 復工

**第 1 項：**如果您因與工作相關的傷害/疾病而停止工作，請選取「是」，並注明您停止工作的日期。如果您沒有停止工作，請選取「否」並跳到下一部分。

**第 2 項：**如果您後來復工了，請選取「是」。還要指出您是在哪一天又開始工作的，以及您是否已經恢復了正常的工作職責，或者您是否處於有限或受限職責的狀態。（沒有恢復到受傷或患病前的全部工作職責，即處於有限職責的工作狀態。）

**第 3 項：**如果您已經復工，請指出您現在為誰工作。

**第 4 項：**輸入您現在所從事的工作在每段工資結算期的總工資（稅前）。指出您多久領一次工資（每週一次、每兩週一次，等等）。



## F 部分 - 對此傷害/疾病的醫療治療：

**第 1 項：**如果您沒有接受過這種傷害/疾病的治療，請選取「未接受」，並跳到第 5 項。否則，請填寫您第一次接受此傷害/疾病治療的日期，並完成本部分的其餘部分。

**第 2 項：**確認您在本次受傷/患病後，是否在工作現場接受了第一次治療。

**第 3 項：**選取您第一次在現場外接受傷害或疾病的醫療治療的位置。注明設施的名稱和地址，以及電話號碼（包括區號）。

**第 4 項：**如果您目前仍在接受同一傷害或疾病的治療，請選取「是」，並注明提供治療的醫生的姓名和地址以及電話號碼（包括區號）；否則請選取「否」。

**第 5 項：**如果您的同一身體部位已經受過傷或您有過相似疾病，請選取「是」，並指出您是否因該傷害或疾病接受過醫生治療。如果您接受過醫生的治療，請指出為您提供照護的醫生的姓名和地址，以及**完成表格 C-3.3 並隨本表格一起提交。**

**第 6 項：**如果您以前曾受傷或患病，請確認您以前的傷害或疾病是否與工作有關。如果「是」，請確認該傷害或疾病是否發生在為您現在的雇主工作期間。

在第 2 頁提供的員工簽字處簽署 C-3 表，正楷書寫您的姓名，並填寫您簽署該表的日期。如果有第三方代表員工簽字，該人應在第二行簽字。如果您有法律代表，那麼您的代表必須填寫並簽署第 2 頁底部的律師/代表的證明部分。

## 每名工作者在發生工傷或職業病時應該做什麼：

1. 立即告訴您的雇主或主管您何時、何地、如何受傷的。
2. 立即獲得醫療照護。
3. 告訴您的醫生向委員會和您的雇主或其保險公司提交醫療報告。
4. 填寫本索賠表，並將其送到最近的勞工賠償委員會辦公室。（請參閱下文。）未在受傷之日後兩年內提出，可能會導致您的索賠被拒絕。如果您在填寫此表時需要幫助，請打電話或到以下最近的勞工賠償委員會辦公室。
5. 在接到通知時，要去參加所有聽證會。
6. 在有能力時儘快復工；賠償金永遠不會和您的工資一樣高。

## 您的權利：

1. 一般來說，您有權由您選擇的醫生進行治療，只要他們得到委員會的授權。如果您的雇主參與了首選提供者組織 (PPO) 的安排，那麼您必須從被指定為勞工賠償傷害提供醫療保健服務的首選提供者組織獲得初始治療。
2. 不要向您的醫生或醫院付款。如果您的案件沒有爭議，那麼他們的帳單將由保險公司支付。如果您的案件有爭議，那麼醫生或醫院必須等委員會對您的案件作出裁決後才收款。如果您沒有起訴您的案件，或者委員會作出對您不利的裁決，那麼您將必須向醫生或醫院付款。
3. 您也有權報銷藥物、拐杖或由您的醫生適當開出的任何器具，以及往返醫生診室或醫院的車費或其他必要費用。（請獲得此類費用的收據。）
4. 如果您的受傷使您不能工作超過七天，迫使您以較低的工資工作，或者導致您身體的任何部分永久殘障，那麼您有權獲得賠償。
5. 賠償金可直接支付，無需等待判授，除非對索賠有爭議。
6. 受傷工作者或已故工作者的受撫養人可以在委員會面前代表自己，也可以聘請律師或有執照的代表來代表他們。如果聘請律師或有執照的代表，那麼他們的法律服務費將由委員會審查；如果得到批准，將由雇主或保險公司從任何應付的賠償金中支出。受傷工作者或已故工作者的受撫養人不應直接向在賠償案件中代表他們的律師或有執照的代表支付任何費用。
7. 如果您需要幫助復工，或者因為您的受傷而需要解決家庭或經濟問題，請聯絡離您最近的勞工賠償委員會辦公室，要求獲得康復顧問或社會工作者。

## 提交此表格時，應直接寄到以下地址：

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

**客戶服務免費電話：877-632-4996**



WCB 案件編號 (如果知道) : \_\_\_\_\_

致索賠人：如果您接受過治療，以醫治同一身體部位的以前傷害，或者醫治與您在當前索賠中描述的疾病相似的疾病，那麼請填寫此表格。此表格為您在下面列出的醫療保健提供者提供許可，向您的雇主的勞工賠償保險公司發布有關您的以前傷害/疾病的醫療保健資訊。聯邦 HIPAA 法律 (1996 年健康保險流通與責任法案) 稱，您有權利獲得此表格的副本。如果您不理解此表格，請與您的法律代表交談。如果您沒有法律代表，那麼勞工賠償委員會 (Workers' Compensation Board) 的傷病勞工倡權人可以幫助您。電話：800-580-6665。

致醫療保健提供者：這份符合 HIPAA 的發布授權書的副本允許您揭露健康資訊。如果您因應這份授權向雇主的勞工賠償保險公司寄送記錄，也請向索賠人的法律代表郵寄副本。(如果下方未列出法律代表，請向索賠人寄送副本。) 發布記錄的醫療保健提供者必須遵守紐約州法律和 HIPAA。

這份發布授權：

- 是自願的。無論您是否簽署這份表格，您的醫療保健提供者都必須為您提供相同的照護、付款條款以及福利。
- 是有限的。僅准許您的醫療保健提供者發布與您在下文描述之先前疾病/狀況相關的健康記錄。
- 是臨時的。在您當前的賠償主張被證實或者被否決並且用盡所有上訴手段後結束。
- 是可撤銷的。您可以隨時撤銷這份發布授權。想要撤銷，請向本表格所列之醫療保健提供者寄送信件。另外，請向您的雇主的勞工賠償保險公司以及勞工賠償委員會寄送副本。注：您無法取消與已提供病歷相關的發布授權。
- 僅用作記錄。這份發布授權為您在本表格所列之醫療保健提供者提供許可，向您的雇主的勞工賠償保險公司寄送您的醫療保健記錄的副本。

本表格不允許您的醫療保健提供者發布以下類型之資訊：

- HIV 相關資訊
- 心理治療記錄
- 酒精/藥物治療
- 心理健康治療 (除非您選取下文方塊)
- 口頭資訊 (您的醫療保健提供者不得與任何人討論您的醫療保健資訊)

發布的任何病歷將成為您的勞工賠償檔案的一部分，並且根據勞工賠償法律是保密的。

A. 您的資訊 (索賠人)

- 姓名：\_\_\_\_\_ 2. 社會安全號碼：\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
- 郵寄地址：\_\_\_\_\_
- 出生日期：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 5. 當前傷害/疾病的發生日期：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- 當前傷害/疾病，包括受傷的所有身體部位：\_\_\_\_\_
- 您的法律代表的姓名和地址 (如有)：\_\_\_\_\_

如果您允許醫療保健提供者發布心理健康照護資訊，請選取此方塊。

B. 您的醫療保健提供者 (請列出治療了您的同一身體部位的以前傷害或相似疾病的所有醫療保健提供者。如果超過 2 個提供者，請將他們的聯絡資訊附於本表格。)

- 提供者：\_\_\_\_\_ 2. 電話號碼：( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_
- 郵寄地址：\_\_\_\_\_
- 其他提供者 (如有)：\_\_\_\_\_ 5. 電話號碼：( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_
- 郵寄地址：\_\_\_\_\_

C. 請閱讀下文並簽字。我特此要求上文所列之醫療保健提供者，向我的雇主的勞工賠償保險公司提供與上述所有身體部位的任何以前傷害/疾病相關之所有健康記錄的副本。

索賠人簽字 (僅墨水筆，如有可能，使用藍色原子筆。) \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

如果索賠人無法簽字，則代索賠人簽字者必須填寫以下並簽字：

您的姓名 \_\_\_\_\_ 與索賠人的關係 \_\_\_\_\_ 簽字 (僅墨水筆，如有可能，使用藍色原子筆。) \_\_\_\_\_ 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。





## 紐約州保險基金 藥房福利管理

紐約州保險基金（NYSIF）就員工工作相關的傷害或疾病，為您的雇主提供工傷保險。該計畫包括一個由 67,000 多家參與藥房組成的網路，作為一種簡單易行的方式，供您填寫醫療處方。如果您因工作相關的傷害或疾病而獲開具處方藥品，則必須在 CareComp 藥房網路內的藥房填寫。

NYSIF 還提供“立即配藥”服務，令您甚至在索賠獲得接受之前，也可以獲得藥房福利。雖然我們並非必須提供此項福利，但我們希望通過提供可在 CareComp 藥房網路內配藥的數量有限的處方藥品福利來幫助您度過工作相關傷害或疾病後最初的困難時期。

請使用本頁背面的表格——“工傷賠償臨時處方服務編號”，在任何參與藥房配製處方藥。如要填寫表格，請：

**第一步：**讓您的雇主填寫其**企業名稱**和**保單號碼**。

**第二步：**以您的**索賠**和**聯繫資訊**填寫表格的剩餘部分。

**第三步：**將填好的表格和**處方**帶到 CareComp 藥房網路的藥房。

**第四步：**在確認事故發生後的 10 天內，您將收到來自 **CVS Caremark** 的包裹。該包裹將包含在為與工作有關的傷害或疾病配製處方藥時應使用的**永久性身份證**。

您可以訪問 [www.wcrxpharmacylocator.com](http://www.wcrxpharmacylocator.com) 或撥打 24 小時病人護理熱線（866）493-1640 查找當地的參與藥房。

如果您有任何疑問或需要幫助，請訪問 [www.nysif.com/networkbenefits](http://www.nysif.com/networkbenefits) 或撥打（888）875-5790 聯繫 NYSIF。



工傷賠償臨時處方服務編號  
重要資訊

注意受傷的勞動者

當您首次配製處方藥時，必須向您的藥劑師提供此工傷賠償臨時處方服務編號表。  
如果您有任何疑問或需要查找參與藥房，請致電1-866-493-1640聯繫  
CVS Caremark客戶服務部。

藥劑師/雇主——表格填寫完畢後，傳真至CVS Caremark：1-866-493-1644

CVS Caremark將添加索賠人資訊，以便藥物得到處理。也可以致電1-866-493-1640通過電話提供這些資訊。

<p><b>紐約州保險基金</b></p> <p>收件人：必須填寫以下所有項目。</p>	<p><b>組號：NYSIF</b></p>
<p>雇主名稱：</p> <p>_____</p>	<p>受傷勞動者的姓名：</p> <p>_____</p> <p>名            中間名            姓</p>
<p>雇主的 NYSIF 工傷賠償保單號碼：</p> <p>_____</p>	<p>受傷勞動者的郵寄地址：</p> <p>_____</p> <p>街道</p> <p>_____</p> <p>城市、州、郵編</p>
<p>受傷日期：____ / ____ / ____ (年/月/日)</p>	
<p>受傷勞動者的出生日期：</p> <p>____ / ____ / ____ (年/月/日)</p>	
<p>受傷勞動者的社會保障號碼：</p> <p>_____</p>	<p><i>服務台：這是一個僅通過 CVS Caremark 進行的 POS 計畫。 如需說明，請撥打 866.493.1640 致電 CVS Caremark 服務台</i></p>

藥劑師注意：

NYSIF的處方計畫由CVS Caremark管理。請按照下列的操作步驟輸入索賠。這些步驟為NYSIF索賠人提交處方所必需。

第一步	輸入Bin編號610235
第二步	輸入PCN：WRK
第三步	識別號：受傷勞動者的社會保障號碼

需要幫助？

藥劑師，如果您在處理索賠時有任何疑問，請撥打1-866-493-1640致電CVS Caremark幫助台。

通過直接存款獲得您的工傷賠償！

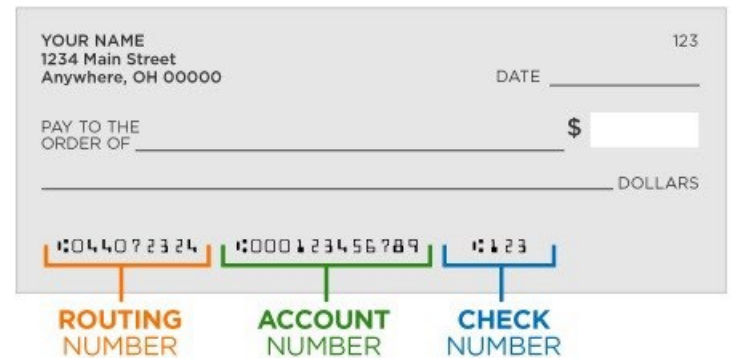
## 直接存款

### 紐約州保險基金

NYSIF 為索賠人提供直接存款，以接收勞工保險的保險金。NYSIF 可以與您的金融機構合作，將保險金直接存入您的銀行帳戶。您甚至可以選擇在兩個銀行帳戶之間（按百分比）分配您的款項。

#### 帳戶類型要求

您必須將付款存入**支票**或**存款**帳戶。請填寫直接存款表上的所有資訊，包括您的銀行識別代碼和帳號（如圖所示）。如果您需要幫助，請聯繫您的銀行。



YOUR NAME  
1234 Main Street  
Anywhere, OH 00000

DATE \_\_\_\_\_ 123

PAY TO THE ORDER OF \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DOLLARS

044072324    000123456789    123

ROUTING NUMBER    ACCOUNT NUMBER    CHECK NUMBER

#### 解除

本協議在解除之前保持有效。如需解除您的協議，請訪問 [nysif.com](http://nysif.com)，註冊為索賠人並選擇“取消訂閱直接存款”選項。此外，您可以在 [nysif.com](http://nysif.com) 通過使用我們“獲取索賠說明”的快速連結，聯繫您的 NYSIF 個案經理。NYSIF 或您的金融機構也可解除本協議。在任何一種情況下，您都會在郵件中收到後續支票。解除可能需要長達三周的時間來處理。

#### 您帳戶的變更

如果您的銀行帳戶資訊有任何變更（帳號、金融機構等的變更），您有責任通知 **NYSIF**。請通過提交新的直接存款申請書通知 **NYSIF**，申請書可在 [nysif.com](http://nysif.com) 上獲取。

如果您變更帳戶或金融機構，您應當保留舊帳戶，直到您的新帳戶收到下一筆直接存款付款。如果未保留舊帳戶，您可能遇到付款延遲，直到您的新直接存款授權生效。

#### 定期驗證

NYSIF 可能會定期與您聯繫，以驗證有關您直接存款帳戶的資訊。如果收款人不再生存，請立即通知 **NYSIF**。

#### 紐約州保險基金

#### 直接存款授權申請表

要獲得直接存款的福利，請完整填寫本表格並將其寄回以下地址。如需有關您直接存款權利的更多資訊，請訪問 [nysif.com/directdeposit](http://nysif.com/directdeposit)。必須填寫所有欄位才能註冊直接存款。

姓名 (名, 中名, 姓):

NYSIF 工傷賠償索賠號:

家庭住址 (請勿使用郵政信箱):

城市:

州:

郵遞區號:

電子郵寄地址:

電話:

輸入所有資訊, 包括您的帳號和銀行識別代碼。如果您在填寫此部分時需要幫助, 請聯繫您的金融機構。**可選:** 如果您希望在兩個銀行帳戶之間拆分付款, 請同時填寫兩組與銀行相關的欄位。分配百分比的總和必須為 100% (例如, 帳戶#1 中為 75%, 帳戶#2 中為 25%)。如果您的銀行帳戶在任何時候無法使用, 應付款項將通過紙質支票發送。

直接存款帳戶#1 (選擇支票或存款):  支票  儲蓄 分配支票的 \_\_\_\_\_ %

金融機構名稱:

識別代碼

帳號

直接存款帳戶#2 (選擇支票或存款):  支票  儲蓄 分配支票的 \_\_\_\_\_ %

金融機構名稱: \_\_\_\_\_

識別代碼

帳號

#### 存款人/收款人證明和授權

簽署本表, 即表明本人授權 NYSIF 直接付款予上述金融機構, 以存入指定帳戶。本人證明本人有權獲得相關的賠償金或結算收益, 並且本人有權從 NYSIF 獲得保險金的情形沒有改變。如果會影響接收付款權利的情形發生變化, 本人必須通知 NYSIF。本人瞭解要申請直接存款, 本人必須提供一個電子郵寄地址。提交本申請, 即表明本人同意通過提供的電子郵寄地址接收電子通知。

簽字:

日期:

郵寄填妥的申請表至:

NYSIF  
PO Box 66699  
Albany, NY 12206