NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. Workers' Compensation Board

산재근로자를 위한 빠른 가이드

직장에서 부상을 당한 경우 현재 취할 수 있는 대책

직장에서 부상을 당하거나 질병에 걸린 경우, 산재 보상 혜택을 받을 수 있습니다. 이미 치료를 받았을 수도 있습니다. 아직 치료를 받지 않았다면 가능한 한 빨리 치료를 받아야 합니다.

청구와 관련된 도움이 필요하면 **산재보상위원회(Workers' Compensation Board, WCB)**에 **(877) 632-4996**으로 전화하세요.

근로자의 책임

- 언제, 어디서, 어떻게 부상을 당하거나 질병에 걸렸는지 고용주에게 서면으로 알리세요. 부상을 당하거나 질병에 걸린 후 30일 내에 가능한 한 빨리 알리세요. 문자로 보내지 마세요. 저장하거나 인쇄할 수 있는 편지, 이메일 또는 기타 문서 형태로 보내세요.
- 의료 서비스 제공자에게 업무 관련 부상이나 질병이 있음을 알리고 고용주의 산재 보상 보험회사 이름을 알려주세요. 고용주의 보험회사 이름을 모르는 경우 고용주 또는 WCB에 바로 문의하세요. 담당 의료 서비스 제공자는 WCB 및 근로자의 고용주 또는 보험회사에 진료 기록을 제출할 것입니다. 혜택을 받으려면 진료 기록을 WCB에 제출해야 합니다.
- 가능한 한 빨리 부상/질병에 관해 *근로자 청구서(**Employee Claim, 양식 C-3**)*를 작성해서 WCB에 보고하세요. 2년 이내에 부상 또는 질병에 대해 WCB에 알려야 합니다. 이전에 동일한 신체 부위를 다쳤거나 이와 유사한 질병에 걸린 적이 있는 경우, *제한적 건강 정보 공개(**Limited Release of Health Information, 양식 C-3.3**)*도 작성해서 제출해야 합니다. **시민권이나 이민 신분은 산재 보상 요건이 아닙니다.**

청구서 제출 방법
가장 빠른 방법: 웹사이트 **wcb.ny.gov**를 방문하여 "**File a Claim**(청구서 제출)"을 선택하세요.
양식 C-3 제출과 관련된 질문이나 양식 사본을 받으려면 **(877) 632-4996**으로 전화하세요. **WCB** 담당자가 도와드립니다.

의료 및 이동 경비

업무와 관련된 부상이나 질병 치료를 위해 제공되는 의료 서비스는 근로자에게 무료로 제공되는 산재 보상 혜택입니다. 근로자의 부상이나 질병에 대한 의료비는 고용주의 산재 보험회사가 의료 서비스 제공자에게 직접 지불합니다. 보험회사가 근로자의 케이스에 대해 이의를 제기한 경우, WCB가 근로자에게 유리하게 판정하면 의료 서비스 제공자에게 비용이 지불됩니다. 그러나 WCB가 근로자에게 불리한 결정을 하거나, 근로자가 이의 절차를 진행하지 않을 경우, 근로자는 의료 서비스 제공자 또는 병원에 비용을 지불해야 합니다(또는 근로자의 의료 보험회사에 해당 청구서를 제출해야 합니다).

고용주의 산재 보상 보험은 의료 서비스 제공자가 처방하는 의료상 필요한 약품 및 기기를 보상합니다. 치료를 위해 이동할 경우 발생하는 마일리지, 대중 교통 또는 기타 필요한 비용을 보상받을 수도 있습니다. 이러한 비용을 보상받으려면 *청구인의 의료 및 이동 경비 기록 및 환급 요청서(**Claimant's Record of Medical and Travel Expenses and Request for Reimbursement, 양식 C-257**)*를 해당 비용에 대한 영수증(있는 경우)과 함께 WCB에 제출하세요.

일반적으로, WCB에서 승인한 의료 서비스 제공자를 선택할 수 있습니다. **wcb.ny.gov**에서 "Health Care Provider Search (의료 제공자 검색)" 기능을 사용하면 해당 지역의 승인받은 의료 서비스 제공자를 검색할 수 있습니다. Occupational Health Clinic을 이용할 수도 있습니다. 그러나 고용주의 산재 보상 보험회사에 산재 보상 부상에 대한 치료를 제공하는 우선 제공자 조직(Preferred Provider Organization, PPO)이 있는 경우, PPO 네트워크에서 첫 번째 치료를 받아야 합니다. 해당 보험회사에 또한 약국 또는 진단 네트워크가 있는 경우, 해당 네트워크 내에서 서비스를 받아야 합니다. 해당 보험회사는 자체 필수 제공자 네트워크와 이것을 사용하는 방법에 대해 근로자에게 알려줘야 합니다. 그러나 응급 상황 시에는 모든 제공자를 이용할 수 있습니다.

손실된 임금에 대한 혜택

근로자의 부상 또는 질병이 다음 중 하나 이상에 영향을 미치는 경우, 손실 임금의 일부를 받을 자격이 되어 즉시 지급받을 수 있습니다.

1. 달력 기준 7일 이상 일할 수 없게 된 경우
2. 신체의 일부가 영구적으로 장애를 입은 것으로 결정된 경우 및/또는
3. 현재 업무 시간이 줄었거나 업무가 변경되어 급여가 줄은 경우

부상이나 질병에서 회복된 후 더 이상 의학적 개선이 기대되지 않는 경우(일반적으로 사고/질병이 생긴 날로부터 1년 후 또는 수술한 경우에는 수술 후 1년 후), 근로자는 담당 의사에게 사고/질병으로 인한 영구적인 부상/질병 여부를 평가해 달라고 요청할 수 있습니다. 이 혜택에 대해 자세히 알아보려면 **wcb.ny.gov**에서 "Workers(근로자)" 섹션을 클릭한 다음 "Disability Classifications(장애 분류)"를 선택하세요.

청구와 관련된 도움을 받기 위해 변호사 또는 면허가 있는 대리인을 고용할 수 있으나 반드시 필요한 것은 아닙니다. 근로자 또는 근로자의 가족은 고용한 변호사나 면허가 있는 대리인에게 직접 지불할 수 없습니다. WCB가 그들의 수수료를 승인하고, 추후 근로자의 손실된 임금 보상에서 차감합니다.

청구에 이의가 제기되어 WCB의 심사를 기다리는 동안에도 근로자는 장애 급여를 신청할 수 있습니다. *장애급여 청구에 대한 통지 및 증명(**Notice and Proof of Claim for Disability Benefits, 양식 DB-450**) 을 구하려면* **wcb.ny.gov**를 방문하거나, 또는 WCB에 전화하여 도움을 요청하거나, 직접 WCB 사무소를 방문하세요. 청구가 근로자에게 유리하게 결정된 경우, 장애 급여는 손실된 임금 보상에서 차감됩니다.

후속 절차

산재 보험회사가 근로자에게 연락할 것입니다. 청구가 수락되면 산재근로자의 의료 서비스 제공자에게 비용이 지급되고 손실된 임금 혜택이 시작됩니다. 근로자의 청구와 관련하여 청문회가 필요한 경우 WCB에서 연락할 것입니다. 청문회 절차를 좀 더 수월하게 할 수 있는 온라인 자원이 있습니다.

- **eCase:** 산재근로자의 청구를 처리하는 데 사용되는 WCB의 eCase 시스템을 통해 케이스 관련 서류를 온라인으로 업로드하고 볼 수 있습니다. eCase를 이용하려면 **wcb.ny.gov**에서 등록해야 합니다.
- **가상 청문회:** WCB 사무소에 갈 필요 없이 가상 청문회를 통해 청문회에 참석할 수 있습니다. **wcb.ny.gov/virtual-hearings**에서 가상 청문회 및 WCB 무료 앱에 대해 자세히 알아보세요.

도움 제공

근로자가 업무로 복귀하는데 도움이 필요할 수 있습니다. 근로자가 회복되는 동안 일할 수 있도록, 고용주는 대체 업무로 변경하거나 가벼운 업무를 맡길 수도 있습니다. 부상이나 질병으로 인해 가족 문제나 재정적 어려움에 처할 수도 있습니다. WCB의 직업재활 상담사와 사회복지사가 도와드립니다. 이용 가능한 서비스에 대한 자세한 정보와 도움을 원하면 WCB에 연락하세요.

오피오이드 진통제에 대한 의존성이 걱정되면, NYS OASAS HOPELine에 **877-8-HOPENY(877-846-7369)**로 전화하세요.

중요 연락 정보

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

NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. Workers' Compensation Board

WCB-Claimant-QuickGuide-v1 (1-21) Korean

NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. Workers' Compensation Board

직원 청구

뉴욕주 - 산재보상위원회

C-3

업무상 상해나 업무 관련 질병으로 인한 산재 수당을 신청하려면 이 양식을 작성하십시오. 타이핑하거나 정자로 깔끔하게 작성하십시오. 이 양식은 www.wcb.ny.gov에서 온라인으로도 작성 가능합니다.

WCB 케이스 번호(알고 있는 경우): _____

A. 귀하의 정보(직원)

1. 성명: _____ (이름 / 중간 이름 / 성) 2. 생년월일: ____/____/____

3. 우편 주소: _____ (번호 및 거리명/사서함/아파트 호수 / 시 / 주 / 우편번호)

4. 사회보장번호: ___-___-___ 5. 전화번호: (___)_____ 6. 성별: ☐ 남성 ☐ 여성 ☐ 기타

7. 위원회 심리 참석이 불가피할 경우 번역사가 필요하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오 "예"인 경우, 무슨 언어입니까? _____

B. 귀하의 고용주(복수 가능)

1. 상해 당시 고용주: _____ 2. 전화번호: (___)_____

3. 귀하의 근무지 주소: _____ (번지 및 거리명 / 시 / 주 / 우편번호)

4. 채용일: ____/____/____ 5. 담당 상사 성명: _____

6. 상해/질병 시점의 그 외 고용주(복수 가능) 이름/주소 기재: _____

7. 상해/ 질병의 결과로 해당 기타 고용(복수 가능)에서 근무 시간 손실이 있었습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

C. 상해 또는 질병 날짜에 귀하의 직무

1. 당시 귀하의 직함이나 직무 내용은? _____

2. 근무 시 귀하는 일반적으로 어떤 유형의 활동을 수행하였습니까? _____

3. 당시 귀하의 직무 형태는? (하나에 체크) ☐ 전일제 ☐ 시간제 ☐ 시즌제 ☐ 자원봉사 ☐ 기타: _____

4. 당시 급여 기간당 귀하의 총급여(세전)는? _____ 5. 당시 급여 지급 빈도는? _____

6. 급여에 더해 숙박비나 봉사료(팁)를 받았습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 "예"인 경우, 자세히 기재: _____

D. 귀하의 상해 또는 질병

1. 상해일 또는 질병 발병일: ____/____/____ 2. 상해 시간: _____ ☐ AM ☐ PM

3. 상해/질병이 발생한 장소는? (예: 1 Main Street, Pottersville, 정문에서) _____

4. 귀하의 평소 근무 장소였습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 "아니오"인 경우, 왜 이 장소에 있었습니까? _____

5. 상해를 입거나 질병이 생겼을 당시 귀하는 무엇을 하고 있었습니까? (예: 트럭에서 짐 내리기, 보고서 작성) _____

6. 어떻게 상해/질병이 발생하였습니까? (예: 배관에 발이 걸려 바닥에 넘어졌다) _____

7. 상해/질병의 성격을 완전히 설명하십시오. 문제가 생긴 신체 부위를 나열하십시오(예: 왼쪽 발목을 접질리고 이마가 긁힘):

C-3.0 6-22

귀하의 성명: _____ **부상일/질병 발생일:** ____/____/____
이름 중간 이니셜 성

D. 귀하의 상해 또는 질병 *계속*

8. 상해/질병에 사물(예: 지게차, 망치, 산성 물질)이 연관되어 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 "예"인 경우, 무엇입니까?_____
9. 허가받은 자동차의 사용 또는 운행의 결과로 상해를 입었습니까? ☐ 예 ☐ 아니오
   "예"인 경우, ☐ 귀하의 차량 ☐ 고용주의 차량 ☐ 기타 차량 ☐ 면허 번호판 번호(아는 경우): _____
   귀하의 차량이 연관된 경우, 귀하의 자동차 보험사 이름과 주소를 제공하십시오: _____
   _____
10. 귀하의 고용주(또는 상사)에게 상해/질병을 통지하였습니까? ☐ 예 ☐ 아니오
    "예"인 경우, 통지 대상: _____ ☐구두로 ☐서면으로 통지일: ____/____/____
11. 귀하의 상해 발생을 목격한 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니 오☐알 수 없음 "예"인 경우, 성명 기재(복수 가능): _____
    _____

E. 근무 복귀

1. 상해/질병으로 인해 근무를 중단하였습니까? ☐ 예. 날짜는? ____/____/____ ☐ 아니오. 섹션 F로 넘어가십시오.
2. 근무에 복귀하였습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 ☐ "예"인 경우, 날짜는?____/____/____ ☐ 정상 근무 ☐ 제한적 근무
3. 근무에 복귀하신 경우, 지금 고용주는 누구입니까? ☐ 같은 고용주 ☐ 새 고용주 ☐ 자영업
4. 현재 급여 기간당 귀하의 총급여(세전)는? _____ 현재 급여 지급 빈도는? _____

F. 해당 상해 또는 질병에 대한 의학적 치료

1. 첫 번째 치료의 날짜는 언제였습니까? ____/____/____ ☐ 받은 적 없음(질문 F-5로 넘어가십시오)
2. 현장에서 치료를 받았습니까? ☐ 예 ☐ 아니오
3. 상해/질병에 대해 현장을 벗어나 처음으로 의학적 치료를 받은 장소는? ☐ 받은 적 없음 ☐ 응급실
   ☐ 의사 진료실 ☐ 의원/병원/긴급 치료 센터 ☐ 24시간 이상 병원 체류
   처음으로 치료를 받은 곳의 이름과 주소: _____
   _____ 전화번호: (____)_____
4. 해당 상해/질병에 대해 지금도 치료를 받고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오
   해당 상해/질병에 대해 귀하를 치료하는 의사(복수 가능)의 이름과 주소: _____
   _____ 전화번호: (____)_____
5. 같은 신체 부위에 다른 상해를 입거나 유사한 질병이 있었습니까? ☐ 예 ☐ 아니오
   "예"인 경우, 의사의 치료를 받았습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 "예"인 경우, 귀하를 치료한 의사(복수 가능)의 이름과 주소를 기재하고 **이 양식과 함께 양식 C-3.3을 같이 작성해 제출하십시오.**
   _____
   _____
   _____
6. 이전 상해/질병이 업무 관련이었습니까? ☐ 예 ☐ 아니오
   "예"인 경우, 현재 고용주와 같은 고용주를 위해 근무 중이었습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

이와 같이 산재보상법에 따른 수당을 청구합니다. 서명함으로써 본인이 제공하는 정보는 본인이 아는 한 진실되고 정확함을 확인합니다.

고의로 사취할 의도를 가지고 중대한 허위 진술을 포함하는 정보를 제시하거나, 제시되도록 유도하거나, 보험사 또는 자가보험자를 대상으로 또는 그에 의해 제시될 것임을 인지하고 허위 정보를 작성하거나 중대한 사실을 숨기는 경우 범죄 행위에 해당하며 벌금 및 징역형으로 처벌받을 수 있음을 인지합니다.

직원의 서명: _____ 성명(정자체): _____ 날짜: ____/____/____

직원 대리인: _____ 성명(정자체): _____ 날짜: ____/____/____

해당 직원이 미성년자이거나 정신적으로 박약하거나 무능력한 경우에 한해 임의의 개인이 법원의 허가를 받아 해당 직원을 대리하여 서명할 수 있습니다.

본인은 정황상 합리적인 탐구에서 얻은 본인의 지식과 정보에 의거하여, 상기에 주장한 사안 및 기타 사실 문제는 실질적 증거로 뒷받침이 되거나 합리적인 범주의 추가 조사 작업 후에 실질적 증거로 뒷받침할 수 있음을 확인합니다.

변호사/대리인의 서명(있는 경우): _____ 날짜: ____/____/____

성명(정자체): _____ 직함: _____

ID 번호, 있는 경우: **R** _____ 면허를 소지한 대리인의 경우, 면허 번호: _____ 만료일: _____

직원 청구 작성 방법 (양식 C-3)

본 양식을 작성한 후 본 작성 방법 안내 말미에 기재된 산재보상위원회 중앙 우편 주소지로 송부해 주십시오. 본 양식을 작성함에 있어 추가적인 정보가 필요한 경우, 산재보상위원회에 **1-877-632-4996**번으로 연락하십시오. **wcb.ny.gov에서에서 온라인으로도 이 양식을 작성하실 수 있습니다.** 해당 산재보상위원회 케이스 번호를 가지고 있지 않거나 모르는 경우, 이 란은 공란으로 두십시오. 청구를 처리하는 데 필수 사항은 아닙니다. 잊지 말고 2페이지 상단에 귀하의 성명과 상해/질병 날짜를 기입하십시오.

섹션 A - 귀하의 정보(직원):

섹션 A에는 귀하의 성명, 주소 및 기타 요청 정보를 입력합니다.
항목 7에 관한 참고 사항: 위원회 심리는 영어로 진행됩니다. 번역사가 필요한 경우, **예**를 선택하고 필요한 언어를 표시하십시오.

뉴욕 개인 사생활 보호법(공무원법 6-A항) 및
1974년 연방 개인정보 보호법(5 U.S.C. § 552a)에 의거한 알림 사항.

청구인에게 사회보장번호 등 개인정보 제공하도록 요청하는 산재보상위원회(이하 위원회)의 권한은 산재보상법(WCL) § 20에 따른 위원회 조사 권한 및 WCL § 142에 따른 행정적 권한에 의거합니다. 이러한 정보를 수집하는 것은 위원회가 가능한 가장 편리한 방식으로 청구건을 조사 및 행정하도록 지원하고 정확한 청구 기록을 유지하는 데 도움을 주기 위함입니다. 위원회에 귀하의 사회보장번호를 제공하는 것은 자발적 의사에 따릅니다. 본 양식에 사회보장번호를 기입하지 않아도 불이익은 없습니다. 그로 인해 청구가 거부되거나 수당이 축소되는 일은 없을 것입니다. 위원회는 오직 공적 의무 수행을 촉진하기 위해 해당되는 주 및 연방법에 부합하는 한도 내에서만 이를 공개하는 등, 입수한 모든 개인정보의 기밀성을 보호할 것입니다.

섹션 B - 귀하의 고용주:

섹션 B에는 상해/질병 시점에 귀하가 근무 중이던 고용주의 이름, 주소, 전화번호 및 기타 정보를 입력합니다.
참고: 고용주는 귀하의 급여를 지불하는 회사 또는 기관입니다. 귀하가 작업 현장이나 사무실의 계약업자인 경우, 귀하가 출근하는 작업 현장이나 사무실이 아닌 귀하를 고용한 인력파견업체나 판매자(벤더)가 귀하의 고용주입니다.

섹션 C - 상해 또는 질병 날짜에 귀하의 직무:

섹션 C에는 귀하의 직함, 업무 활동 및 급여 정보를 입력합니다.

섹션 D - 귀하의 상태 또는 질병:

섹션 D에는 귀하의 상태 또는 질병 정보를 입력합니다.
항목 1: 상해를 입은 날짜나 처음 병에 걸렸음을 알게 된 날짜를 입력합니다.
질병이거나 업무상 질환인 경우, 항목 2로 넘어가십시오. 상해를 입은 날짜는 반드시 MM/DD/YYYY 형식이어야 합니다. 특히 연도는 예를 들어 2015와 같이 4자리를 기입해야 합니다.
항목 2: 상해가 발생한 시간을 입력합니다. AM(오전)이었는지 PM(오후)이었는지 체크하십시오.
항목 3: 상해/질병이 발생한 장소를 표시합니다. 상해/질병이 발생한 건물 주소와 건물 내 물리적 장소를 포함하십시오.
항목 4: 이곳이 귀하의 통상 근무 장소인지 표시합니다. 그렇지 않다면, 이 장소에 있었던 이유를 설명하십시오.
항목 5: 상해/질병 시점에 귀하가 무엇을 하고 있었는지 상세히 기재합니다(예: 트럭에서 수작업으로 상자를 내리고 있었다).
이는 상해에 이르는 이벤트를 설명해 줍니다.
항목 6: 상해/질병이 어떻게 발생하였는지 상세히 기재합니다(예: 무거운 상자를 들어 트럭에서 내리고 있었다). 여기에는 해당 상해/질병에 연관된 모든 인물과 이벤트가 포함되어야 합니다.
항목 7: 상해를 입은 모든 신체 부위를 포함해, 귀하의 상태/질병의 성격과 정도를 전체적으로 기술합니다. 최대한 구체적으로 기술하십시오(예: 무거운 상자를 들어 올리다가 허리를 삐끗했다. 지금은 훨씬 더 가벼운 물건을 들거나 굽혀도 허리가 아프다).
항목 8: 면허가 있는 자동차가 **아닌 다른** 사물이 사고에 연관되었는지 표시합니다. 다른 사물로는 공구(예: 망치), 화학물질(예: 산성물질), 기계(예: 지게차나 드릴 프레스) 등이 있을 수 있습니다.
항목 9: 면허가 있는 자동차가 사고와 연관되었는지 표시합니다. 그렇다면, 연관된 자동차가 귀하의 것인지, 고용주의 것인지 또는 제3자의 것인지 표시하십시오. 면허 번호판 번호로 함께 기재합니다(아는 경우). 귀하의 차량이 연관된 경우, 귀하의 자동차 손해보험사 이름과 주소를 기재하십시오.
항목 10: 귀하의 고용주 또는 상사에게 이러한 상해/질병을 통지하였는지 표시합니다. 통지하였다면, 통지 대상은 누구이며 통지 방식이 구두였는지 서면이었는지 표시하십시오. 통지한 날짜도 함께 기재합니다.
항목 11: 상해가 발생할 때 목격한 사람이 있는지 표시합니다. 목격한 사람이 있는 경우, 성명을 함께 기재하십시오.

섹션 E - 근무 복귀:

항목 1: 업무 관련 상해/질병의 결과로 근무를 중단하셨다면, “예”에 체크하고 근무를 중단한 날짜를 기재합니다. 근무를 중단하지 않은 경우에는 “아니오”에 체크하고 다음 섹션으로 넘어가십시오.
항목 2: 이후 근무에 복귀하셨다면, “예”에 체크합니다. 또한 다시 근무를 시작한 날짜를 비롯해, 정상 근무로 복귀하였는지 혹은 제한적 근무로 복귀하였는지 표시하십시오. (상해 또는 질병 전의 완전한 근무로 복귀하지 않은 경우, 제한적 근무에 해당합니다.)
항목 3: 근무에 복귀하신 경우, 지금 고용주는 누구인지 표시합니다.
항목 4: 현재 근무 중인 직무에 대해 급여 기간당 총급여(세전)를 기재합니다. 급여를 수령하는 빈도를 표시하십시오(주급, 격주급 등).

섹션 F - 해당 상해 또는 질병에 대한 의학적 치료:
항목 1: 본 상해/질병에 대해 의학적 치료를 받지 않은 경우, “받은 적 없음”에 체크하고 항목 5로 넘어갑니다. 그렇지 않으면, 본 상해/질병에 대해 처음 치료를 받은 날짜를 기재하고 이 섹션의 나머지를 작성하십시오.
항목 2: 본 상해 또는 질병에 대해 현장에서 첫 치료를 받았는지 표시합니다.
항목 3: 상해 또는 질병에 대해 현장을 벗어나 처음으로 의학적 치료를 받은 장소에 체크합니다. 해당 시설의 이름과 주소를 비롯해 전화번호(지역 번호 포함)를 함께 기재하십시오.
항목 4: 여전히 같은 상해나 질병에 대해 계속 치료를 받고 있다면, “예”에 체크한 후 치료를 제공하는 의사의 성명과 주소를 비롯해 전화번호(지역 번호 포함)를 기재하십시오. 그렇지 않다면 “아니오”에 체크합니다.
항목 5: 같은 신체 부위에 이미 상해를 입었거나 유사한 질병이 있었던 경우, “예”에 체크한 후 해당 상해 또는 질병에 대해 의사 치료를 받았는지 표시하십시오. 의사의 치료를 받았다면, 치료받은 의사의 성명과 주소를 기재하고 **본 양식과 함께 양식 C-3.3을 같이 작성합니다.**
항목 6: 예전 상해나 질병이 있었던 경우, 예전 상해나 질병이 업무 관련인지 체크합니다. “예”인 경우, 그러한 상해나 질병이 현재 고용주를 위한 근무 중 발생한 것인지 표시하십시오.

양식 C-3의 2페이지에서 직원의 서명을 위해 제공된 공간에 서명하고, 본인의 성명을 정자체로 기재한 후 양식에 서명한 날짜를 기재합니다. 제3자가 직원을 대신해 서명하는 경우, 해당인은 두 번째 서명란에 서명해야 합니다. 귀하에게 법정 대리인이 있는 경우, 이 법정 대리인은 반드시 2페이지 하단의 변호사/법정 대리인의 확인 섹션을 작성 및 서명해야 합니다.

업무상 상해 또는 업무상 질환 발생 시 모든 근로자가 지켜야 할 사항:
1. 즉시 고용주나 상사에게 언제, 어디에서 어떻게 상해를 입었는지 알리십시오.
2. 즉시 의료 처치를 받으십시오.
3. 담당 의사에게 위원회와 귀하의 고용주 또는 고용주의 보험사에 진료 보고서를 접수하도록 요청하십시오.
4. 본 보상 청구서를 작성한 후 가장 가까운 산재보상위원회 사무소에 송부하십시오. (아래를 참조하십시오.) 부상일 후 2년 내에 접수하지 않을 경우, 청구가 거부될 수 있습니다. 이 양식을 작성함에 있어 도움이 필요할 경우, 아래 기재된 가장 가까운 산재보상위원회 사무소에 전화하거나 방문하십시오.
5. 출석이 통지된 경우 모든 심리에 참석하십시오.
6. 근무가 가능한 경우 최대한 빨리 근무지에 복귀하십시오. 보상액은 귀하의 급여를 초과하지 않습니다.

귀하의 권리:
1. 일반적으로, 위원회의 승인을 받은 경우 귀하는 본인이 선택하는 의사의 치료를 받을 자격이 있습니다. 귀하의 고용주에게 우대 제공자 조직(PPO) 사전 협의 사항이 있는 경우, 귀하는 반드시 산재 상해에 대해 의료 서비스를 제공하기로 지정되어 있는 우대 제공자 조직으로부터 최초의 치료를 받아야 합니다.
2. 담당 의사나 병원에 바로 지불하지 **마십시오**. 귀하의 케이스에 대해 분쟁이 있는 경우를 제외하고 의료비는 보험사에서 지불합니다. 귀하의 케이스에 분쟁이 있는 경우, 해당 의사나 병원은 위원회에서 결정을 내릴 때까지 지불을 기다려야 합니다. 귀하가 케이스를 추진하지 못하거나 위원회가 귀하에게 불리한 결정을 내릴 경우, 귀하가 의사나 병원에 지불해야 합니다.
3. 귀하는 또한 의사가 적합하게 처방한 약품, 목발 또는 그 외 장비, 의사 진료실이나 병원을 오가는 교통비 또는 기타 필요한 경비에 대해 변제를 받을 자격이 있습니다. (해당 경비에 대해서는 영수증을 받으십시오.)
4. 귀하의 상해로 인해 7일을 초과하는 기간 동안 일할 수 없거나, 더 낮은 임금으로 일할 수밖에 없거나, 신체 부위에 영구 장애를 입은 경우, 귀하는 보상을 받을 자격이 있습니다.
5. 보상금은 직접 수령이 가능하며 해당 청구에 분쟁이 있는 경우를 제외하고 지급 판정을 기다리지 않아도 됩니다.
6. 상해를 입은 근로자 또는 사망한 근로자의 부양가족은 위원회 앞에서 사안에 대해 스스로를 대변하거나 본인을 대변할 변호사나 면허가 있는 대리인을 보유할 수 있습니다. 변호사나 면허가 있는 대리인을 선임한 경우, 위원회에서 해당 법률 서비스에 대한 수임료를 검토하며, 승인될 경우 지급 대상 보상 수당에서 고용주나 보험사가 지불하게 됩니다. 상해를 입은 근로자 또는 사망한 근로자의 부양가족은 보상 케이스에서 그들을 대변하는 변호사나 정식 대리인에게 어떤 것도 직접 지불해서는 안 됩니다.
7. 근무 복귀나 상해로 인한 가정 또는 재무 문제와 관련해 도움이 필요하시면, 가장 가까운 산재보상위원회 사무소에 연락해 재활 상담사나 사회복지사를 요청하십시오.

본 양식은 아래 기재된 주소로 바로 송부해 접수해야 합니다.
New York State Workers’ Compensation Board
Centralized Mailing
PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5205

고객 서비스 수신자 부담 전화: 877-632-4996

NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. Workers' Compensation Board

건강 정보의 제한적 공개 (HIPAA)

뉴욕주 - 산재보상위원회

C-3.3

WCB 케이스 번호 *(알고 있는 경우)*: _____

청구인 귀하: 현재 청구 내역에 기술한 것과 같은 신체 부위에 대한 예전 상해나 그와 유사한 질병에 대해 치료를 받은 적이 있다면 이 양식을 작성하십시오. 이 양식으로, 아래에 열거한 의료 제공자들은 귀하의 예전 상해/질병에 대한 의료 정보를 귀하의 고용주 산재보험 보험사에게 공개할 수 있습니다. 연방 HIPAA법(1996년 건강보험이동성과 결과보고책무활동에 관한 법)에 따라 귀하는 본 양식의 사본을 요청할 권리가 있습니다. 본 양식이 이해되지 않는 경우, 귀하의 법정 대리인과 상의하십시오. 법정 대리인이 없는 경우, 산재보상위원회의 상해 근로자 변호인(Advocate for Injured Workers)이 도움을 드릴 수 있습니다. 전화: 800-580-6665.

의료 제공자 귀하: 본 HIPAA 적합 공개 **사본**으로, 귀하는 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 본 공개에 대한 응답으로 고용주의 산재보험 보험사에 기록을 송부하는 경우, 그 사본을 청구인의 법정 대리인에게도 송부하시기 바랍니다. (아래에 법정 대리인이 기재되지 않은 경우에는 청구인에게 사본을 송부하십시오.) 기록을 공개하는 의료 제공자는 반드시 뉴욕주법과 HIPAA를 준수해야 합니다.

본 공개는:

- **자발적입니다.** 귀하가 본 양식에 서명하든 그렇지 않든, 귀하의 의료 제공자는 반드시 동일한 진료, 지불 조건 및 혜택을 제공해야 합니다.
- **제한적입니다.** 이는 귀하의 의료 제공자에게 귀하가 아래에 기술하는 예전 질병/상태와 관련이 있는 건강 기록에 한하여 공개할 권리를 부여합니다.
- **일시적입니다.** 이는 귀하의 보상 청구가 성립되거나 불허되고 모든 이의 제기가 소진되면 종료됩니다.
- **철회 가능합니다.** 귀하는 언제든 이 공개를 취소할 수 있습니다. 취소하시려면, 본 양식에 열거된 의료 제공자에게 서신을 보내십시오. 또한, 고용주 산재보험 보험사 및 산재보상위원회 앞으로도 해당 서신 사본을 보내 주십시오 참고: 이미 제공된 의료 기록과 관련해서는 이 공개를 취소할 수 없습니다.
- **오직 기록용입니다.** 이는 본 양식에 열거된 귀하의 의료 제공자가 귀하의 의료 기록을 귀하의 고용주 산재보험 보험사에 보낼 수 있도록 허가합니다.

이 양식은 귀하의 의료 제공자가 다음 유형의 정보를 공개하는 것을 허용하지 **않습니다**.

- **HIV 관련 정보**
- **정신치료 기록**
- **알코올/약물 치료**
- **정신건강 치료** (아래에 체크한 경우 제외)
- **구두 정보** (귀하의 의료 제공자는 귀하의 의료 정보를 그 누구와도 이야기해서는 안 됩니다)

공개 대상 의료 기록은 귀하의 산재보상 파일의 일부가 되며 산재보상법에 따라 기밀이 유지됩니다.

A. 귀하의 정보(청구인)

1. 성명: _____ 2. 사회보장번호: ___ - ___ - ____

3. 우편 주소: _____

4. 생년월일: ___ / ___ / ____ 5. 현재 상해일/질병 발생일: ___ / ___ / ____

6. 상해를 입은 모든 신체 부위를 포함해 현재 상해/질병 내용: _____

_____

7. 귀하의 법정 대리인의 성명과 주소(있는 경우): _____

_____

☐ *귀하가 귀하의 의료 제공자(복수 가능)에게 **정신 건강 진료** 정보를 공개하도록 허용할 경우 여기에 체크하십시오.*

B. 귀하의 의료 제공자

(같은 신체 부위에 대한 *예전* 상해나 유사한 질병에 대해 귀하를 치료한 의료 제공자를 모두 열거하십시오. 제공자가 2명을 초과하는 경우, 그들의 연락처 정보를 본 양식에 첨부하십시오.)

1. 제공자: _____ 2. 전화번호: (___) _____

3. 우편 주소: _____

4. 기타 제공자(있는 경우): _____ 5. 전화번호: (___) _____

6. 우편 주소: _____

C. 읽고 아래에 서명하십시오.

상기에 열거한 의료 제공자에게 고용주의 산재보험 보험사에 상기에 기재된 신체 부위의 과거 상해/질병과 관련된 모든 의료 기록을 제공하도록 요청합니다.

_____ _____

청구인의 서명(반드시 펜으로 작성하셔야 합니다. 가급적 청색 볼펜을 사용하시기 바랍니다) 날짜

청구인이 서명할 수 없는 경우, 청구인을 대신해 서명하는 사람이 반드시 아래를 작성하고 서명해야 합니다.

_____ _____ _____ _____

귀하의 성명 청구인과의 관계 서명(반드시 펜으로 작성하셔야 합니다. 가급적 청색 볼펜을 사용하시기 바랍니다.) 날짜

English on the other side

C-3.1

뉴욕주
근로자재해보상위원회

근로자재해보상위원회가 승인한 의료 제공자를 선택할 권리에 관한 통지서

부상 직원의 성명	부상 직원의 사회보장번호	사고일
고용주의 이름 및 주소		

부상 직원에게:

귀하의 작업 관련 부상 또는 질병의 치료를 위해 귀하는 근로자재해보상위원회에 의해 승인되었고 근로자재해보상 환자를 받아들이는 의사, 발전문가, 지압요법사 또는 심리사(승인된 의사의 의뢰시)를 선택할 수 있습니다.

귀하는 귀하의 고용주 또는 그의 근로자재해보상 보험회사가 추천한 네트워크 또는 의료 제공자를 활용하거나 귀하의 고용주로 하여금 귀하를 대신하여 의료 제공자를 선택하도록 허용하는 것을 선택할 수 있지만, 귀하는 귀하의 근로자재해보상 급여 청구권을 위태롭게 함이 없이 언제든지 의료 제공자를 변경할 수 있습니다.

부상 직원의 서명	일자	입회인의 서명	일자

참고: 귀하의 고용주가 (i) 근로자재해보상법 제10-A조에 의거한 인증된 선호 의료제공자 조직(PPO)에 참여하고 있거나, 또는 (ii) 근로자재해보상법 제25(2-c)조에 의거한 대안 분쟁 해소(ADR) 시범 프로그램에 참여하고 있는 경우, 귀하는 이 동의서에 서명할 필요가 없습니다. 응급 상황의 경우를 제외하고 이러한 법정 프로그램에 따라 귀하는 근로자 재해보상 부상 또는 질병에 대해 적어도 초기 치료는 귀하의 고용주에 의해 지정된 인증 네트워크 의료제공자로부터 받아야 합니다.

고용주에게:

고용주는 상기 부상 직원에게 이 서명된 양식의 사본을 제공해야 하고 원본 양식을 고용주의 기록에 유지해야 합니다. 근로자재해보상위원회는 언제든지 고용주의 기록에 있는 원본 양식을 검열할 수 있습니다. 이 서류를 근로자재해보상위원회에 제출해서도 안 되며 이 직원의 작업 관련 부상 또는 질병의 발생 전에 작성해서도 안 됩니다.

근로자재해보상위원회는 장애인을 차별 없이 고용하고 섬깁니다.

뉴욕주 보험 기금
제약 혜택 관리

뉴욕주 보험 기금(NYSIF)은 고용주에게 업무와 관련된 상해 및 질병에 대해 산업 재해 보상 보험 혜택을 제공합니다. 본 플랜은 67,000 개 이상의 약국이 참여한 제약 네트워크를 갖춰 쉽고 편리한 방법으로 의료 처방 약을 지을 수 있습니다. 업무상의 사유로 발생한 부상 및 질병에 대한 처방전이 있는 경우 CareComp 약국 네트워크에 있는 약국에서 조제해야 합니다.

NYSIF 는 청구 승인이 되기 전에도 제약 혜택을 받을 수 있는 "약식 조제" 서비스도 제공합니다. 본 혜택은 필수 제공 사항은 아니지만, 업무상의 사유로 발생한 부상 및 질병이 발생한 후 힘든 날들에 CareComp 약국 네트워크에서 조제되는 몇 가지 의료 제약 혜택을 제공함으로써 제일 먼저 도움이 되고자 합니다.

뒷면의 "산업 재해 보상 보험 임시 처방 서비스 ID" 서식을 작성하여 네트워크에 가입한 모든 약국에서 처방 약을 조제 받으십시오. 다음 단계에 따라 양식을 작성하십시오.

1 단계: 고용주가 **사업체 명** 및 **보험 증권 번호**를 기재합니다.

2 단계: **청구** 및 **연락처 정보**를 포함한 나머지 내용을 작성합니다.

3 단계: 작성한 양식과 **처방전**을 지참하여 CareComp 약국 네트워크에 가입한 약국을 방문합니다.

4 단계: 사고 확정 후 10 일 이내에 **CVS 케어마크에서 발송한 패킷**을 수령하게 됩니다. 패킷은 업무상의 사유로 발생한 부상 및 질병에 대해 조제 시 사용하는 **영구적인 식별 카드**가 있습니다.

www.wcrxpharmacylocator.com 및 24 시간 환자 진료 핫라인 전화 **(866) 493-1640** 으로 지역 참여 약국을 확인할 수 있습니다.

문의 사항이 있거나, 도움이 필요한 경우 www.nysif.com/networkbenefits 및 NYSIF 에 연락 ((888) 875-5790) 하십시오.

산업 재해 보상 보험 임시 처방 서비스 ID

중요 정보

재해 근로자 유의사항

본 산업 재해 보상 보험 임시 처방 서비스 ID 서식은 처음 처방 약을 지을 때 반드시 약사에게 제출하십시오. 문의 사항 및 해당 약국을 찾으려면 CVS 케어마크 고객 서비스 1-866-493-1640으로 연락하십시오

약사/고용주 - 본 서식을 작성하여 CVS 케어마크로 팩스를 보내주십시오 1-866-493-1644

CVS 케어마크가 청구인 정보를 추가하면 의약품 구매 처리가 가능합니다. 본 정보는 1-866-493-1640 으로 전화 처리할 수도 있습니다.

뉴욕주 보험 기금	**분류#: NYSIF**
주의: 모든 사항을 반드시 기재합니다.	
고용주 이름: _____ 고용주의 NYSIF 산업 재해 보상 보험 증권 번호: _____ 재해 발생 일자: ____ /____ /_____ (월/일/연도) 재해 근로자 생년월일 ____ / ____ / _____ (월/일/연도) 재해 근로자의 사회 보장 번호 _____	재해 근로자 이름: _____ 이름 미들 네임 성 재해 근로자 우편 주소: _____ 거리 _____ 시, 주 우편번호 *헬프 데스크: CVS 케이마크 전용 POS 프로그램입니다. CVS 케이마크 헬프 데스크(866.493.1640)로 전화하여 도움을 요청하세요*

약사 유의사항

NYSIF 처방 프로그램은 CVS 케어마크가 관리합니다. 다음 단계에 따라 청구 사항을 입력하십시오. 본 절차는 NYSIF 청구인의 처방전 제출을 위해 필요합니다.

1단계	빈 넘버 610235를 입력합니다.
2단계	PCN 입력: WRK
3단계	ID: 재해 근로자의 사회 보장 번호

도움이 필요하십니까?

청구 처리에 문의 사항이 있는 약사는 CVS 케어마크 헬프 데스크 1-866-493-1640으로 전화하십시오.

PO Box 66699; Albany , NY 12206
nysif.com

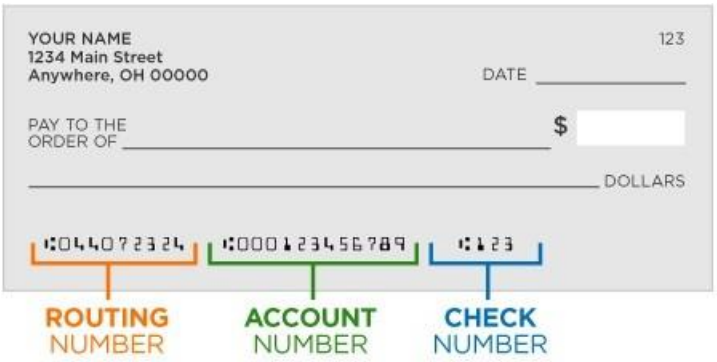
다이렉트 디파짓을 통해 근로자 보상금을 받으세요!

다이렉트 디파짓
뉴욕 주 보험 기금

NYSIF는 청구인들에게 근로자 보상금을 지급하기 위해 다이렉트 디파짓을 이용합니다. NYSIF는 귀하의 금융 기관과 협력하여 귀하의 은행 계좌로 직접 지급금을 입금할 수 있습니다. 귀하께서는 은행 계좌 2 곳에 지급금을 분배하도록 선택할 수도 있습니다(퍼센테이지 설정 가능).

계좌 유형에 대한 필수 사항

귀하는 **입출금 통장**(Checking account) 또는 **저축 통장**(Savings account)에 귀하의 지급금을 입금해야 합니다. 은행 라우팅 번호(bank routing number) 및 계좌 번호를 포함하여 다이렉트 디파짓 양식에 모든 정보를 기입해주세요(그림 참조). 도움이 필요한 경우 은행에 문의해주세요.



취소

이 계약은 취소될 때까지 유효합니다. 계약을 취소하려면 **nysif.com**을 방문하여 청구인으로 등록한 다음 "다이렉트 디파짓 구독 취소" 옵션을 선택하세요. 또한 **nysif.com**에서 NYSIF 케이스 매니저에게 연락하여, "청구 도움말 보기(Get Claims Help)"로 가는 빠른 링크를 사용하여 취소할 수도 있습니다. 이 계약은 NYSIF 또는 귀하의 금융 기관에 의해 취소될 수도 있습니다. 두 경우에, 귀하는 우편으로 다음 수표를 받게 됩니다. 취소 처리에는 최대 3주가 소요될 수 있습니다.

계좌 변경

은행 계좌 정보가 변경된 경우(계좌 번호, 금융 기관 등의 변경) **NYSIF에 알려야 합니다.** **nysif.com**에 이용할 수 있는 새로운 다이렉트 디파짓 신청서를 제출하여 NYSIF에 알려주세요.

계좌 또는 금융 기관을 변경하는 경우, 새 계좌로 다음 다이렉트 디파짓 지급액을 받을 때까지 기존 계좌를 유지해야 합니다. 이전 계좌가 유지되지 않으면 새로운 다이렉트 디파짓 승인이 적용될 때까지 입금이 지연될 수 있습니다.

정기 확인

NYSIF는 귀하의 다이렉트 디파짓 계좌에 대한 정보를 확인하기 위해 정기적으로 연락을 드릴 수 있습니다. 수취인이 사망한 경우 즉시 NYSIF에 통보해주세요.

뉴욕 주 보험 기금 — 다이렉트 디파짓 승인 신청

지급액을 다이렉트 디파짓으로 받기위해 이 양식 전체에 답변을 작성하여 아래 주소로 보내주세요. 다이렉트 디파짓에 관한 귀하의 권리를 설명한 자세한 내용은 **nysif.com/directdeposit**을 참조해주세요. 다이렉트 디파짓으로 등록하려면 모든 칸을 다 작성해야 합니다.

이름 (이름, 미들 이름, 성)**:** **NYSIF 근로자 보상금 청구 번호:**

집 주소 (PO BOX 사용 안 함): _____

도시:_____ **주:**_____ **우편 번호:** _____

이메일 주소:_____ **전화:** _____

계좌 번호와 은행 라우팅 번호를 포함한 모든 정보를 작성합니다. 이 부분을 완료하는 데 도움이 필요한 경우 해당 금융 기관에 문의해주세요. **선택 사항:** 2개의 은행 계좌로 지급금을 분할하려면 2개의 은행 관련 칸을 모두 작성해주세요. 총 퍼센테이지는 100%여야 합니다(예: 첫 번째 계좌 75%, 두 번째 계좌 25%). 은행 계좌를 사용할 수 없게 되면 지급액은 종이 수표로 보내드립니다.

다이렉트 디파짓 첫 번째 계좌(입출금 통장 또는 저축 통장 중 선택)**:** ☐ 입출금 ☐ 저축, 분할 비율 저축 통장에_____%

금융 기관 이름: _____

라우팅 번호 _____ **계좌 번호** _____

다이렉트 디파짓 두 번째 계좌 (입출금 통장 또는 저축 통장 중 선택): ☐ 입출금 ☐ 저축, 분할 비율 저축 통장에_____%

금융 기관 이름: _____

라우팅 번호 _____ **계좌 번호** _____

예금자/수취인 증명서 및 허가서

이 양식에 서명함으로써, 본인은 NYSIF가 위에 언급된 금융 기관에 지급액을 직접 지급하여 지정된 계좌로 입금하도록 승인합니다. 본인은 기본 보상금 또는 합의금(settlement proceeds)을 받을 자격이 있고, NYSIF의 혜택을 받을 수 있는 자격이 변경되지 않았음을 증명합니다. 지불금 획득 자격에 영향을 줄 수 있는 상황이 변경된 경우 본인은 반드시 NYSIF에 알립니다. 본인은 다이렉트 디파짓을 신청하려면 이메일 주소를 제공해야 한다는 것을 이해합니다. 이 신청서를 제출함으로써, 본인은 제공된 이메일 주소로 전자 알림을 수신하는 데 동의합니다.

서명:_____ **날짜:**

_____

작성한 신청서를 이 주소로 보냄:

NYSIF
PO Box 66699
Albany, NY 12206