

КРАТКОЕ РУКОВОДСТВО ДЛЯ ТРАВМИРОВАННЫХ РАБОТНИКОВ

Вы получили производственную травму. Что делать дальше?

Если вы получили производственную травму или профессиональное заболевание, вы можете иметь право на компенсацию работнику. Возможно, вы уже получили медицинское лечение. Если нет, то вы должны как можно скорее обратиться за медицинской помощью.

Для получения помощи в оформлении требования позвоните в Совет по компенсациям работникам (WCB) (далее «Совет») по телефону **(877) 632-4996**.

ВАШИ ОБЯЗАННОСТИ

- Уведомите своего работодателя в письменной форме, подробно описав, когда, где и как вы получили травму или заболевание. Сделайте это как можно скорее в течение **30 дней** с момента получения травмы или наступления заболевания. Не отправляйте уведомление текстовым сообщением. Отправьте письмо, электронное сообщение или другой документ, который можно сохранить или распечатать.
- Уведомите своих поставщиков медицинских услуг о том, что вы получили производственную травму или профессиональное заболевание, и сообщите, у какого страховщика ваш работодатель страхует ответственность за нанесение вреда работникам. Если вы не знаете наименование страховщика вашего работодателя, спросите у своего работодателя или немедленно обратитесь в Совет. Ваш поставщик медицинских услуг отправит медицинское заключение в Совет, вашему работодателю и его страховщику. Чтобы получить льготы, необходимо отправить в Совет медицинское заключение.
- Как можно скорее подайте **Требование работника (форму С-3)**, чтобы заявить о травме или заболевании в Совет. Вы должны сообщить в Совет о травме или заболевании в течение **двух лет**. Если у вас уже была травма той же части тела или аналогичное заболевание, вы также должны подать **Разрешение на ограниченное раскрытие медицинской информации (форму С-3.3)**. При назначении компенсации работникам гражданство и иммиграционный статус не учитываются.

Как подать требование

Самый быстрый способ: посетите сайт **wcb.ny.gov** и выберите пункт «File a Claim» (Подать требование).

Если у вас есть вопросы о том, как подать **форму С-3** или как получить экземпляр этой формы, позвоните по телефону **(877) 632-4996**. Сотрудник Совета поможет вам.

МЕДИЦИНСКИЕ И ТРАНСПОРТНЫЕ РАСХОДЫ

Медицинские услуги по лечению вашей производственной травмы или профессионального заболевания — это льгота в рамках компенсации работнику, которая предоставляется вам бесплатно. Медицинские счета за лечение вашей травмы или заболевания оплачивает страховщик вашего работодателя напрямую вашему поставщику медицинских услуг. Если ваше дело оспаривается страховщиком, поставщики медицинских услуг получают оплату, когда Совет решит дело в вашу пользу. Однако если Совет примет решение не в вашу пользу или если вы не оформите дело до конца, вы должны будете самостоятельно оплатить счета поставщика медицинских услуг или больницы (или отправить счета своему страховщику).

Страхование ответственности за вред работникам, оформленное вашим работодателем, покрывает необходимые лекарства и оборудование, прописанные вашим поставщиком медицинских услуг. Вы также можете получить компенсацию за пропуск, расходы на общественный транспорт или другие необходимые расходы, понесенные во время поездок на лечение. Предъявите эти расходы для оплаты (приложив квитанции, если имеются) страховщику ответственности вашего работодателя и в Совет, заполнив форму **Перечень медицинских и транспортных расходов заявителя требования и запрос возмещения (форму С-257)**.

В общем случае вы можете выбрать любого поставщика медицинских услуг, одобренного Советом. Вы также можете найти разрешенного поставщика медицинских услуг в вашем районе, используя функцию «Health Care Provider Search» (Поиск поставщиков медицинских услуг) на сайте **wcb.ny.gov**. Вы также можете обращаться в клиники производственной медицины. Однако если у страховщика ответственности вашего работодателя имеется предпочтительная организация-поставщик (Preferred Provider Organization, PPO), обеспечивающая лечение травм в рамках компенсаций работникам, вы должны получить первичное лечение в сети PPO. Если у этого страховщика имеется также сеть аптек или диагностических центров, вы должны получать услуги в этих учреждениях. Страховщик должен предоставить вам информацию об обязательной сети поставщиков и о том, как ее использовать. Однако в экстренном случае вы можете обращаться к любому поставщику.

КРАТКОЕ РУКОВОДСТВО ДЛЯ ТРАВМИРОВАННЫХ РАБОТНИКОВ

КОМПЕНСАЦИЯ ЗА НЕПОЛУЧЕННУЮ ЗАРАБОТНУЮ ПЛАТУ

Вы имеете право на частичную компенсацию неполученной заработной платы, которая должна быть выплачена вам быстро, если травма или заболевание повлекли для вас одно из следующих последствий:

1. из-за этого вы не смогли работать в течение более семи календарных дней;
2. установлено, что часть тела невосстановимо утратила свои функции, и/или
3. ваша заработная плата снизилась, так как вы работаете меньше времени или выполняете другую работу.

Когда вы выздоровеете после травмы или заболевания без возможности дальнейшего медицинского улучшения (обычно через год после даты несчастного случая, заболевания или операции, если операция имела место), вы можете обратиться к своему врачу, чтобы он установил, привел ли несчастный случай или заболевание к хронической травме или заболеванию. Чтобы больше узнать об этом пособии, перейдите на сайт **wcb.ny.gov**, выберите раздел «Workers» (Работники) и нажмите «Disability Classifications» (Классификации нетрудоспособности).

Для помощи в ведении дела вы можете нанять адвоката или лицензированного представителя, но это не обязательно. Вы или ваша семья не должны платить напрямую адвокату или лицензированному представителю. Его вознаграждение утверждается Советом и вычитается из вашей компенсации за неполученную заработную плату.

Если ваше дело оспаривается, вы можете получать пособие по нетрудоспособности в период, пока дело рассматривается в Совете. Чтобы получить форму *Извещение и подтверждение требования пособия по нетрудоспособности (форма DB-450)*, посетите сайт **wcb.ny.gov**, позвоните в Совет для получения помощи или посетите офис Совета. Если дело будет решено в вашу пользу, сумма выплат по нетрудоспособности будет вычтена из вашей компенсации за неполученную заработную плату.

ЧТО ДЕЛАТЬ ДАЛЬШЕ?

С вами свяжется страховщик, выплачивающий компенсацию работникам. Если ваше требование удовлетворено, ваши поставщики медицинских услуг получают плату и начнется выплата вам компенсации за неполученную заработную плату. Если для решения вашего дела требуется слушание, Совет свяжется с вами. Есть интернет-ресурсы, облегчающие проведение слушаний:

- **Система eCase.** Вы можете загружать и просматривать документы, относящиеся к вашему делу, в системе eCase, которая используется Советом для обработки требований травмированных работников. Для использования системы eCase необходимо зарегистрироваться на сайте **wcb.ny.gov**.
- **Виртуальные слушания.** Вы можете использовать виртуальный формат слушания, при котором вам не требуется ехать в отделение Совета. Узнайте больше о виртуальных слушаниях и бесплатном приложении, предлагаемом Советом, на сайте **wcb.ny.gov/virtual-hearings**.

ДОСТУПНАЯ ПОМОЩЬ

Иногда для возвращения к работе требуется помощь. Ваш работодатель может предложить вам альтернативные или более легкие рабочие обязанности, чтобы вы могли работать в период выздоровления. Травма или заболевание также могут стать источником семейных или финансовых проблем. Вам могут помочь советники по профессиональной реабилитации и социальные работники, привлекаемые Советом. Позвоните в Совет, чтобы узнать о доступных услугах и получить помощь.

Если вы озабочены зависимостью от опиоидных болеутоляющих препаратов, позвоните на горячую линию NYS OASAS HOPELine по телефону **877-8-HOPENY (877-846-7369)**.

Важная контактная информация

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



Заполните эту форму, чтобы подать заявку на компенсацию в связи с производственной травмой или профессиональным заболеванием. Заполните от руки разборчиво или напечатайте. Эту форму также можно заполнить онлайн на сайте www.wcb.ny.gov.

Номер дела WCB (если известен): _____

A. СВЕДЕНИЯ О ВАС (работнике)

1. Имя и фамилия: _____ 2. Дата рождения: ____ / ____ / ____
Имя Ср. иниц. Фамилия
3. Почтовый адрес: _____
Номер дома и улица/номер почтового ящика/номер квартиры Город Штат Почтовый индекс
4. Номер социального страхования: ____ - ____ - ____ 5. Номер телефона: (____) _____ 6. Пол: М Ж X
7. Вам потребуется переводчик во время слушания в Совете? Да Нет Если да, то для какого языка? _____

B. ВАШ РАБОТОДАТЕЛЬ

1. Работодатель на момент получения травмы: _____ 2. Номер телефона: (____) _____
3. Ваш рабочий адрес: _____
Номер дома и улица Город Штат Почтовый индекс
4. Дата поступления на работу: ____ / ____ / ____ 5. Имя и фамилия вашего руководителя: _____
6. Наименования и адреса других работодателей, для которых вы работали на момент получения травмы или заболевания: _____
7. Вы временно не могли работать у других работодателей в результате вашей травмы или заболевания? Да Нет

C. ВАША РАБОТА на момент получения травмы или заболевания

1. Какая у вас была должность или рабочие обязанности? _____
2. Какого рода действия вы обычно выполняли на работе? _____
3. К какому типу относилась ваша работа? (Отметьте один вариант.) Полная занятость Частичная занятость
 Сезонная Волонтерская Другое: _____
4. Какая у вас была общая заработная плата (до уплаты налогов) за платежный период? _____
5. С какой периодичностью вам платили? _____
6. Вы получали жилье или чаевые в дополнение к заработной плате? Да Нет Если выбран ответ «Да», опишите: _____

D. ВАША ТРАВМА ИЛИ ЗАБОЛЕВАНИЕ

1. Дата получения травмы или наступления заболевания: ____ / ____ / ____ 2. Время получения травмы: _____ AM PM
3. Где была получена травма или наступило заболевание? (Например: «1 Main Street», «Pottersville», «у входной двери» и т. п.) _____
4. Это было ваше обычное рабочее место? Да Нет Если нет, почему вы находились в этом месте? _____
5. Что вы делали в момент получения травмы или наступления заболевания? (Например: «разгружал фургон», «печатал отчет» и т. п.) _____
6. Как была получена травма или наступило заболевание? (Например: «Я споткнулся о трубу и упал») _____
7. Подробно опишите характер травмы/заболевания; перечислите травмированные части тела (например: «вывих лодыжки и царапина на лбу»): _____



ВАШЕ ИМЯ: _____
Имя Ср. иниц. Фамилия

ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ
ТРАВМЫ/ЗАБОЛЕВАНИЯ: ____ / ____ / ____

D. ВАША ТРАВМА ИЛИ ЗАБОЛЕВАНИЕ (продолжение)

8. Травма/заболевание получены вследствие использования какого-либо предмета или вещества (вилочного погрузчика, молота, кислоты и т. п.)? Да Нет Если да, то какого? _____
9. Травма была результатом использования лицензированного транспортного средства? Да Нет
Если да, это было ваше транспортное средство транспортное средство работодателя другое транспортное средство Номерной знак (если известен): _____
Если это было ваше транспортное средство, укажите наименование и адрес страховщика вашего транспортного средства: _____
10. Вы уведомили своего работодателя (или руководителя) о травме/заболевании? Да Нет
Если да, укажите, кто был уведомлен: _____ устно письменно Дата уведомления: ____ / ____ / ____
11. Кто-либо видел, как вы получили травму? Да Нет Неизвестно Если да, укажите имена: _____

E. ВОЗВРАЩЕНИЕ К РАБОТЕ

1. Вы прекратили работу из-за травмы/заболевания? Да, укажите дату: ____ / ____ / ____ Нет, перейдите к разделу F.
2. Вы вернулись к работе? Да Нет Если выбран ответ «Да», укажите дату: ____ / ____ / ____
 к своим обычным обязанностям к ограниченным обязанностям
3. Если вы вернулись к работе, для кого вы сейчас работаете? Для того же работодателя Для другого работодателя
 Самозанятый
4. Какая у вас сейчас общая заработная плата (до уплаты налогов) за платежный период? _____
С какой периодичностью вам ее платят? _____

F. МЕДИЦИНСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМЫ ИЛИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1. Когда вы впервые получили лечение? ____ / ____ / ____ Никогда не получал(а) (перейдите к вопросу F-5)
2. Вы получили лечение на месте? Да Нет
3. Где вы впервые вне работы получили медицинское лечение травмы/заболевания? Не получал(а) никакого Пункт неотложной помощи Кабинет врача Клиника, больница или скорая помощь Госпитализация на срок более суток
Наименование и адрес места первого получения лечения: _____
Номер телефона: ____ / ____ / ____
4. Вы еще проходите лечение этой травмы или заболевания? Да Нет
Укажите имя и адрес врача, который лечит вашу травму или заболевание: _____
Номер телефона: ____ / ____ / ____
5. У вас была другая травма той же части тела или аналогичное заболевание? Да Нет
Если да, вы получали лечение у врача? Да Нет Если да, укажите имена и адреса врачей, которые лечили вас, и
ЗАПОЛНИТЕ И ПОДАЙТЕ ФОРМУ С-3.3 ВМЕСТЕ С ЭТОЙ ФОРМОЙ:

6. Предыдущая травма (или заболевание) была связана с работой? Да Нет
Если да, вы работали для того же работодателя, что и сейчас? Да Нет

Я настоящим подаю заявку на льготы согласно Закону о компенсациях работникам (Workers' Compensation Law). Моя подпись подтверждает, что предоставленная мной информация является, в меру моих знаний и убеждений, верной и точной.

Любое лицо, которое сознательно и с ЦЕЛЬЮ ОБМАНА предоставляет, прямо или косвенно, или подготавливает любую информацию, содержащую любое ЛОЖНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ ПО СУЩЕСТВУ или скрывающую любой существенный факт, зная или полагая, что такая информация будет предоставлена страховщиком/страховщику или самозастрахованному лицу/самозастрахованным лицом, СЧИТАЕТСЯ ВИНОВНЫМ В ПРЕСТУПЛЕНИИ, за совершение которого предусмотрены значительные ШТРАФЫ И ТЮРЕМНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Подпись работника: _____ Имя и фамилия (печатными буквами): _____ Дата: ____ / ____ / ____

От имени работника: _____ Имя и фамилия (печатными буквами): _____ Дата: ____ / ____ / ____

Другое лицо может поставить подпись от имени заявителя только в том случае, если оно имеет на это юридические полномочия и заявитель является несовершеннолетним, невенчанным или недееспособным.

Я подтверждаю, что, в меру моих знаний, информированности и убеждений, составленных после травмы и разумных с учетом обстоятельств, что обвинения и другие факты, изложенные выше, имеют доказательное подтверждение или могут иметь доказательное подтверждение после выполненного в разумном объеме дальнейшего расследования или запроса информации.

Подпись адвоката/представителя (если применимо): _____ Дата: ____ / ____ / ____

Имя и фамилия (печатными буквами): _____ Должность: _____

Идентификационный № (если применимо): R _____ Если лицензированный представитель, укажите номер лицензии: _____ Дата окончания срока действия: _____

Инструкции по заполнению заявки работника (форма C-3)

Заполните эту форму и отправьте ее почтой на центральный адрес Совета по компенсациям работникам (WCB), указанный в конце этих инструкций. Если вам нужна помощь в заполнении этой формы, позвоните в Совет по компенсациям работникам по телефону **1-877-632-4996**. Эту форму можно также заполнить онлайн на сайте **wcb.ny.gov**. Если у вас нет или вы не знаете вашего номера дела WCB, оставьте это поле пустым. Указание этого номера не обязательно для обработки вашей заявки. Не забудьте указать свои имя и фамилию и дату получения травмы/заболевания в верхней части страницы 2.

Раздел А. Сведения о вас (работнике):

В разделе А укажите свои имя и фамилию, адрес и другую запрашиваемую информацию.

Примечание к пункту 7. Слушания в Совете проводятся на английском языке. Если вам требуется переводчик, выберите ответ **Да** и укажите требуемый язык.

Уведомление согласно закону штата Нью-Йорк «О защите и неприкосновенности частной жизни»

(Закон о государственных служащих, статья 6-A) и Федеральному закону о неприкосновенности частной жизни от 1974 года (5 USC § 552a).

Полномочия Совета по компенсациям работникам (далее «Совета») запрашивать у заявителей персональную информацию (включая номер социального страхования) основаны на полномочиях Совета проводить расследования согласно § 20 Закона о компенсациях работникам (WCL) и его административных полномочиях согласно § 142 WCL. Данная информация собирается, чтобы помочь Совету эффективно расследовать и администрировать заявки и хранить точные записи о заявках. Предоставлять ваш номер социального страхования Совету не обязательно. Если вы не укажете в этой форме свой номер социального страхования, то штраф за это не назначается и это не приведет к отклонению вашей заявки или снижению размера пособий. Совет защищает конфиденциальность всей персональной информации, которая находится в его распоряжении, и раскрывает ее исключительно при исполнении своих официальных обязанностей и в соответствии со штатным и федеральным законодательством.

Раздел В. Ваш работодатель:

В разделе В укажите имя, адрес, номер телефона и другие сведения о работодателе, для которого вы работали на момент получения травмы/заболевания.

Примечание. Вашим работодателем считается компания или учреждение, выплачивающее вам заработную плату. Если вы работаете по контракту на рабочей площадке или в офисе, вашим работодателем считается кадровое агентство или поставщик, который нанял вас, а не рабочая площадка или офис, куда вы являетесь на работу.

Раздел С. Ваша работа на момент получения травмы или заболевания:

В разделе С укажите свою должность, служебные обязанности и информацию об оплате.

Раздел D. Ваша травма или заболевание:

В разделе D укажите информацию о своей травме или заболевании.

Пункт 1. Укажите дату, когда вы получили травму, или первую дату, когда вы заметили у себя заболевание.

Если это болезнь или профессиональное заболевание, перейдите к пункту 2. Дату необходимо указать в формате «месяц/день/год». Год необходимо указывать в четырехзначном формате, например «2015».

Пункт 2. Укажите время, когда вы получили травму. Отметьте, что это время до полудня (AM) или после полудня (PM).

Пункт 3. Укажите место, где была получена травма/заболевание, включая адрес здания и конкретное место в здании, где была получена травма/заболевание.

Пункт 4. Отметьте, было ли это ваше обычное рабочее место. Если нет, объясните, почему вы находились в этом месте.

Пункт 5. Опишите подробно, что вы делали в момент получения травмы/заболевания (например, выгружали ящики из грузовика вручную).

Это объясняет, какие события привели к получению травмы/заболевания.

Пункт 6. Опишите подробно, как произошла травма/заболевание (например: «Я выгружал тяжелый ящик из кузова грузовика»). Здесь необходимо упомянуть всех присутствовавших при этом и все события, связанные с получением травмы/заболевания.

Пункт 7. Подробно опишите характер и масштаб травмы/заболевания, в том числе укажите все травмированные части тела. Описание должно быть максимально подробным (например: «Я потянул спину, пытаюсь поднять тяжелый ящик. Теперь мне больно наклоняться и держать даже легкие предметы»).

Пункт 8. Укажите, использовался ли при получении травмы какой-либо предмет или вещество (кроме лицензированного транспортного средства). Такими предметами или веществами могут быть инструмент (молоток и т. п.), химическое вещество (кислота и т. п.), оборудование (погрузчик, перфоратор и т. п.) и т. п.

Пункт 9. Укажите, участвовало ли в несчастном случае лицензированное транспортное средство. Если да, то отметьте, принадлежало ли это транспортное средство вам, вашему работодателю или постороннему лицу. Укажите регистрационный номер транспортного средства (если известен). Если это было ваше транспортное средство, укажите наименование и адрес страховщика вашего транспортного средства.

Пункт 10. Поставьте отметку, если вы уведомили о травме или заболевании вашего работодателя или руководителя. Если да, укажите, кого вы уведомили и было ли это сделано в устной или письменной форме. Укажите дату уведомления.

Пункт 11. Поставьте отметку для указания того, были ли при этом свидетели. Если были свидетели, укажите их имена.

Раздел E. Возвращение к работе:

Пункт 1. Если вы не работали из-за вашей производственной травмы или профессионального заболевания, отметьте пункт «Да» и укажите дату, когда вы прекратили работать. Если вы не прекращали работу, отметьте пункт «Нет» и перейдите к следующему разделу.

Пункт 2. Если вы после этого вернулись к работе, отметьте пункт «Да». Также укажите дату, когда вы возобновили работу, а также укажите, выполняете ли вы сейчас свои обычные служебные обязанности или ограниченные или сокращенные обязанности. (Считается, что вы выполняете ограниченные обязанности, если вы не выполняете в полной мере те обязанности, которые у вас были до получения травмы или заболевания.)

Пункт 3. Если вы вернулись к работе, укажите, для кого вы работаете сейчас.

Пункт 4. Укажите свою общую заработную плату (до уплаты налогов) за платежный период для работы, которую вы выполняете сейчас. Укажите периодичность, с которой вы получаете оплату (еженедельно, раз в две недели и т. п.).

Раздел F. Медицинское лечение травмы или заболевания

Пункт 1. Если вы не получали медицинского лечения данной травмы/заболевания, отметьте пункт «Никогда не получал(а)» и перейдите к пункту 5. В противном случае укажите дату, когда вы получили лечение для данной травмы/заболевания, и заполните остальную часть раздела.

Пункт 2. Отметьте, если вы получили первое лечение данной травмы или заболевания на работе.

Пункт 3. Отметьте место, где вы впервые вне работы получили медицинское лечение травмы или заболевания. Укажите наименование и адрес учреждения, а также номер телефона (с кодом региона).

Пункт 4. Если вы еще получаете лечение для данной травмы или заболевания, отметьте пункт «Да» и укажите имя и адрес врача, предоставляющего лечение, а также номер телефона (с кодом региона); в противном случае отметьте пункт «Нет».

Пункт 5. Если у вас уже была другая травма той же части тела или аналогичное заболевание, отметьте пункт «Да» и укажите, получали ли вы лечение у врача для этой травмы или заболевания. Если вы получали лечение у врача, укажите имена и адреса врачей, которые оказывали вам помощь, и **заполните и подайте форму C-3.3 вместе с этой формой.**

Пункт 6. Если у вас была предыдущая травма или заболевание, отметьте, была ли эта предыдущая травма (или заболевание) связана с работой. Если да, отметьте, получили ли вы эту травму или заболевание во время работы для вашего нынешнего работодателя.

Подпишите форму C-3 в поле «Подпись работника» на стр. 2, впишите печатными буквами свои имя и фамилию и укажите дату подписания формы. Если форму подписывает другое лицо от имени работника, это лицо должно поставить подпись во второй строке. Если у вас есть законный представитель, ваш представитель должен заполнить и подписать раздел «Заявление адвоката/представителя» в нижней части на стр. 2.

Что каждый работник должен делать в случае получения производственной травмы или профессионального заболевания:

1. Немедленно сообщите своему работодателю или руководителю, когда, где и как вы получили травму.
2. Немедленно обратитесь за медицинской помощью.
3. Попросите своего поставщика медицинских услуг отправить медицинские заключения в Совет и вашему работодателю или его страховщику.
4. Заполните эту заявку на компенсацию и отправьте ее в ближайший офис Совета по компенсациям работникам (WCB). (См. ниже.) Если вы подадите заявку по истечении двух лет после даты получения травмы, ваша заявка может быть отклонена. Если вам требуется помощь в заполнении этой формы, позвоните или придите в ближайший офис Совета по компенсациям работникам (WCB); адреса офисов приведены ниже.
5. Приходите на все слушания, для которых вы получаете уведомления.
6. Возвращайтесь к работе как можно раньше; размер компенсации никогда не будет выше вашей заработной платы.

Ваши права:

1. Обычно вы имеете право получать лечение у врача по своему выбору, при условии что этот врач одобрен Советом. Если у вашего работодателя имеется сеть предпочтительных поставщиков услуг (PPO), в должны получить начальное лечение в этой сети предпочтительных поставщиков услуг, которая предоставляет медицинские услуги в связи с травмами, покрываемыми компенсацией работникам.
2. НЕ ПЛАТИТЕ самостоятельно за услуги врачу или больнице. Их счета будут оплачены страховщиком в том случае, если ваше дело не будет оспорено. Если ваше дело будет оспорено, врачу или больнице придется ждать до того момента, когда Совет примет решение по вашему делу. Если вы не подадите заявку или Совет примет решение не в вашу пользу, вам придется самостоятельно оплатить услуги врача или больницы.
3. Вы также имеете право на возмещение средств, потраченных на лекарства, костыли или какой-либо аппарат, прописанный вашим врачом, и на транспортные расходы и другие необходимые расходы в связи с поездками к врачу или в больницу и обратно. (Сохраняйте квитанции для таких расходов.)
4. Вы имеете право на компенсацию, если из-за вашей травмы вы не смогли работать в течение более семи дней, вы вынуждены были выполнять работу с более низкой оплатой или получили постоянную нетрудоспособность в отношении какой-либо части тела.
5. Компенсация выплачивается напрямую и без ожидания решения о назначении, кроме случая, когда заявка оспорена.
6. Травмированные работники или иждивенцы умерших работников могут самостоятельно представлять свои интересы при рассмотрении всех вопросов в Совете или могут нанять адвоката или лицензированного представителя для представления их интересов. Если они наняли адвоката или лицензированного представителя, его гонорар за оказание юридических услуг будет рассмотрен Советом и в случае одобрения будет выплачен работодателем или страховщиком из назначенной суммы компенсации. Травмированные работники или иждивенцы умерших работников не должны ничего платить напрямую адвокату или лицензированному представителю, представляющему их интересы в деле о компенсации.
7. Если вам требуется помощь в возвращении к работе или в решении семейных или финансовых проблем, возникших вследствие травмы, обратитесь в ближайший офис Совета по компенсациям работникам и попросите направить вас к советнику по реабилитации или социальному работнику.

Эту форму необходимо отправить по следующему адресу:

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

Служба обслуживания клиентов (звонок бесплатный): 877-632-4996



Номер дела WCB (если известен): _____

Для заявителя: Заполните эту форму, если вы получили лечение для предыдущей травмы той же части тела или для заболевания, аналогичного описанному в вашей текущей заявке. Эта форма разрешает вашему поставщику медицинских услуг, указанному ниже, предоставить медицинскую информацию о вашей предыдущей травме/заболевании страховщику по компенсациям работникам вашего работодателя. Согласно федеральному Закону о передаче данных и отчетности в системе медицинского страхования (HIPAA) от 1996 года вы имеете право на получение копии данной формы. Если вы не понимаете, что написано в этой форме, обратитесь к своему законному представителю. Если у вас нет законного представителя, вам может помочь советник по защите прав травмированных работников (Advocate for Injured Workers), работающий в Совете по компенсациям работникам. Телефон: 800-580-6665.

Для поставщика медицинских услуг: Копия этого разрешения в соответствии с законом HIPAA разрешает вам раскрывать медицинскую информацию. Если вы в соответствии с этим разрешением отправляете записи страховщику по компенсациям работникам, представляющему работодателя, отправьте копии этих записей также законному представителю заявителя. (Если ниже не указан законный представитель, отправьте копии заявителю.) Поставщики медицинских услуг, предоставляющие записи, обязаны соблюдать требования законодательства штата Нью-Йорк и закона HIPAA.

Это разрешение:

- **Добровольное.** Ваш поставщик медицинских услуг обязан предоставлять вам такие же услуги, условия оплаты и льготы независимо от того, подписали вы эту форму или нет.
- **Ограниченное.** В соответствии с этим разрешением поставщик медицинских услуг может предоставлять только медицинские записи, относящиеся к предыдущей травме/болезни, описанной вами ниже.
- **Временное.** Действие этого разрешения заканчивается, когда текущая заявка на компенсацию удовлетворена или отклонена и истек срок всех апелляций.
- **Отзываемое.** Вы можете отозвать это разрешение в любой момент. Чтобы отозвать разрешение, отправьте письмо поставщику медицинских услуг, указанному в данной форме. Также отправьте копию вашего письма страховщику по компенсациям работникам вашего работодателя и в Совет по компенсациям работникам (WCB). Примечание. Вы не можете отозвать это разрешение в отношении медицинских записей, которые уже предоставлены.
- **Распространяется только на записи.** Эта форма разрешает вашему поставщику медицинских услуг, указанному в этой форме, отправлять копии ваших медицинских записей страховщику по компенсациям работникам вашего работодателя.

Эта форма НЕ РАЗРЕШАЕТ вашему поставщику медицинских услуг раскрывать следующую информацию:

- **информацию относительно ВИЧ;**
- **заметки о психотерапии;**
- **информацию о лечении алкогольной/наркотической зависимости;**
- **информацию о психиатрическом лечении (если вы не поставили отметку ниже);**
- **вербальную информацию (ваш поставщик медицинских услуг не имеет права ни с кем обсуждать вашу медицинскую информацию).**

Все предоставленные медицинские записи включаются в ваше досье о компенсации и в соответствии с Законом о компенсации работникам считаются конфиденциальной информацией.

A. СВЕДЕНИЯ О ВАС (заявителе)

- Имя и фамилия: _____ 2. Номер социального страхования: _____ - _____ - _____
- Почтовый адрес: _____
- Дата рождения: _____ / _____ / _____ 5. Дата наступления текущей травмы/заболевания: _____ / _____ / _____
- Текущая травма/заболевание, укажите все травмированные части тела: _____
- Имя и адрес вашего законного представителя (если применимо): _____

Поставьте здесь отметку, если вы разрешаете поставщику медицинских услуг предоставлять информацию о психиатрическом лечении.

B. ВАШИ ПОСТАВЩИКИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

(Укажите всех поставщиков медицинских услуг, у которых вы получали лечение для предыдущей травмы той же части тела или для аналогичного заболевания. Если нужно указать более двух поставщиков, приложите дополнительный лист с их контактной информацией.)

- Поставщик: _____ 2. Номер телефона: (____) _____
- Почтовый адрес: _____
- Другой поставщик (если применимо): _____ 5. Номер телефона: (____) _____
- Почтовый адрес: _____

C. ПРОЧИТАЙТЕ ЭТОТ ТЕКСТ И ПОСТАВЬТЕ СВОЮ ПОДПИСЬ.

Я настоящим прошу поставщиков медицинских услуг, перечисленных выше, предоставить страховщику по компенсациям работникам моего работодателя копии всех медицинских записей, относящихся к предыдущим травмам всех частей тела, указанных выше, или аналогичным заболеваниям.

Подпись заявителя (только ручкой, по возможности синей шариковой ручкой) _____ Дата _____
Если заявитель не может поставить свою подпись, лицо, подписывающее документ от его имени, должно заполнить следующие поля и поставить свою подпись:

Ваши имя и фамилия _____ Степень родства с заявителем _____ Подпись (только ручкой, по возможности синей шариковой ручкой) _____ Дата _____

**УПРАВЛЕНИЕ ПО КОМПЕНСАЦИЯМ РАБОТНИКАМ
штата Нью-Йорк**

**Извещение о праве выбора поставщика медицинских услуг, уполномоченного
Управлением по компенсациям работникам**

Имя пострадавшего работника	№ социального страхования пострадавшего работника	Дата происшествия/ несчастного случая
Наименование и адрес работодателя		

Информация для пострадавшего работника:

Для лечения вашей производственной травмы или заболевания вы можете выбрать любого терапевта, врача-ортопеда, специализирующегося на заболеваниях стоп, мануального терапевта или психолога (по направлению уполномоченного терапевта), который уполномочен Управлением по компенсациям работникам и который принимает пациентов по программе выплате компенсаций работникам.

Несмотря на то, что вы можете выбрать сеть или поставщика, рекомендованного вашим работодателем или его страховщиком по выплате компенсаций, или разрешить вашему работодателю выбрать поставщика от вашего имени, вы можете в любое время изменить своего поставщика медицинских услуг без ущерба для вашего заявления на выплату компенсации.

Подпись пострадавшего
работника

Дата

Подпись свидетеля

Дата

Обратите внимание: Вам не обязательно подписывать данную форму согласия, если ваш работодатель (i) состоит в организации рекомендованных сертифицированных специалистов и лечебных учреждений согласно статье 10-А Закона о компенсациях работникам, или (ii) участвует в пилотной программе альтернативного решения споров согласно разделу 25(2-с) Закона о компенсациях работникам. В соответствии с данными программами, предусмотренными законодательством, за исключением чрезвычайных ситуаций, вы должны проходить, по крайней мере, первоначальное лечение любой травмы или болезни, по которой выплачивается компенсация, в сертифицированной сети (сетях) или у поставщиков, назначенных вашим работодателем.

Информация для работодателя:

Работодатель должен предоставить вышеуказанному работнику копию данной формы с подписями и должен хранить оригинал в архивах работодателя, где его в любое время может проверить Управление по компенсациям работникам. Настоящая форма не передается в Управление по компенсациям работникам и не применяется до тех пор, пока не возникнет производственная травма или заболевание работника.

Управление по компенсациям работникам принимает на работу и служит людям, ограниченным в своих возможностях, но не ограниченным в правах.



СТРАХОВОЙ ФОНД ШТАТА НЬЮ-ЙОРК УПРАВЛЕНИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМИ ПОСОБИЯМИ

Страховой фонд штата Нью-Йорк (NYSIF) предоставляет работникам страхование, обеспечивающее выплату компенсаций работникам через работодателя, для лечения **производственных** травм или заболеваний. Данный план включает в себя сеть, состоящую из более 67000 аптек, принимающих участие в программе, как легкий и удобный способ для вас получить назначенный лекарственный препарат. Если вам предписано лекарственное средство для лечения производственных травм или профессиональных заболеваний, его необходимо получить в сети аптек CareComp.

NYSIF также предоставляет услугу «быстрое получение», которая дает вам возможность получить фармацевтическое пособие даже до принятия вашего требования. Хотя нас и не просили о предоставлении данной привилегии, мы хотим помочь вам пережить первые, тяжелые дни после получения производственной травмы или профессионального заболевания, предоставив ограниченное количество рецептурных лекарственных средств, которые могут быть получены в сети аптек CareComp.

Используйте форму, представленную на оборотной стороне данной страницы - «Временное удостоверение для получения рецептурных лекарств в связи с производственной травмой» - для получения рецептурных лекарств в любой аптеке, принимающей участие в программе. Заполнение формы:

Этап 1: Попросите вашего работодателя вписать **наименование деятельности и номер страхового полиса**.

Этап 2: Заполните форму, указав свое **требование и контактную информацию**.

Этап 3: Принесите **заполненную форму и назначение** в аптеку CareComp.

Этап 4: В течение 10 дней с момента получения подтверждения факта несчастного случая травмированный сотрудник получит пакет от CVS Caremark. В пакете будет постоянное удостоверение, которое следует использовать для получения лекарственных средств с целью лечения производственной травмы.

Вы можете легко установить, какие из близлежащих аптек участвуют в программе, посетив сайт www.wcrxpharmacylocator.com или позвонив на круглосуточную горячую линию медицинского обслуживания пациента, по номеру **(866) 493-1640**.

Если у вас возникли вопросы или вам необходима помощь, вы можете посетить сайт www.nysif.com/networkbenefits или связаться с NYSIF по номеру (888) 875-5790.



Временное удостоверение для получения рецептурных лекарств в связи с производственной травмой
Важная информация

ВНИМАНИЮ ТРАВМИРОВАННОГО СОТРУДНИКА

Данный бланк временного удостоверения для получения рецептурных лекарств в связи с производственной травмой **ОБЯЗАТЕЛЬНО НЕОБХОДИМО ПРЕДСТАВИТЬ** Вашему фармацевту при получении лекарств по первому(ым) рецепту(ам). Если у Вас возникли вопросы, или если Вам нужно узнать, где находится участвующая в программе аптека, обратитесь в службу по работе с клиентами компании CVS Caremark, позвонив по телефону 1-866-493-1640.

Фармацевт/Работодатель – После заполнения формы, отправьте ее по факсу CVS Caremark: 1-866-493-1644

CVS Caremark добавит информацию заявителя для выдачи лекарственных средств. Данная информация также может быть представлена по телефону 1-866-493-1640.

<p>Страховой фонд штата Нью-Йорк Внимание: Необходимо заполнить все ниже представленные пункты.</p> <p>ИМЯ РАБОТОДАТЕЛЯ: _____</p> <p>НОМЕР КОМПЕНСАЦИОННОГО ПОЛИСА СОТРУДНИКА РАБОТОДАТЕЛЯ NYSIF: _____</p> <p>ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ ТРАВМЫ: ___ / ___ / ____ (ДД/ММ/ГГГГ)</p> <p>ДАТА РОЖДЕНИЯ ТРАВМИРОВАННОГО СОТРУДНИКА: ___ / ___ / ____ (ДД/ММ/ГГГГ)</p> <p>НОМЕР СОЦИАЛЬНОЙ СТРАХОВКИ ТРАВМИРОВАННОГО СОТРУДНИКА: _____</p>	<p>Группа#: NYSIF</p> <p>ИМЯ ТРАВМИРОВАННОГО СОТРУДНИКА: _____</p> <p>ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО ПОЧТОВЫЙ АДРЕС ТРАВМИРОВАННОГО СОТРУДНИКА: _____</p> <p>УЛИЦА _____</p> <p>ГОРОД, ИНДЕКС _____</p> <p><i>Справка: Данная программа POS осуществляется только через сеть аптек CVS Caremark. Для получения помощи, свяжитесь со службой поддержки CVS Caremark по номеру 866.493.1640</i></p>
---	--

Вниманию фармацевта:

Программа получения лекарств по рецепту NYSIF управляется CVS Caremark. Для подачи требования, выполните этапы, представленные ниже. Данные этапы должны выполняться заявителем NYSIF для получения лекарств по рецепту.

Этап 1	Введите номер Bin 610235
Этап 2	Введите PCN: WRK
Этап 3	Идентификация: Номер социального страхования травмированного сотрудника

НУЖНА ПОМОЩЬ?

Фармацевту: При возникновении каких-либо вопросов во время обработки требования, свяжитесь с отделом технического обслуживания CVS Caremark Help Desk по номеру 1-866-493-1640.

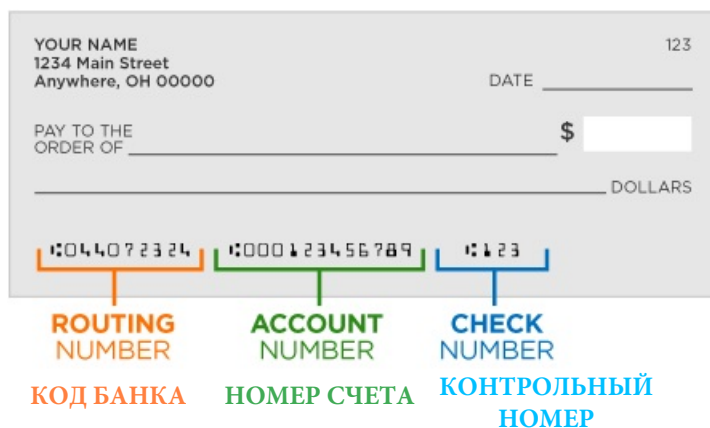
**Выплаты работникам путем
зачисления средств на счет!**

Зачисление средств на счет Страховой фонд штата Нью-Йорк (NYSIF)

NYSIF на основании заявления предлагает выплачивать компенсационные выплаты работникам прямым зачислением средств на счет. Через выбранное вами финансовое учреждение NYSIF может перечислять выплаты непосредственно на ваш банковский счет. Вы можете распределить (в процентах) свои платежи на два банковских счета.

КАКОЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ СЧЕТ?

Платежи должны зачисляться на расчетный или сберегательный счет. Требуется заполнить бланк по выплатам на счет, указав в том числе код банка и номер счета в банке (см. изображение). Обратитесь в свой банк, если вам потребуется помощь.



YOUR NAME 1234 Main Street Anywhere, OH 00000 123
DATE _____
PAY TO THE ORDER OF _____ \$ _____
_____ DOLLARS

0044072324 000123456789 123
ROUTING NUMBER ACCOUNT NUMBER CHECK NUMBER
КОД БАНКА НОМЕР СЧЕТА КОНТРОЛЬНЫЙ НОМЕР

ОТМЕНА

Настоящее соглашение остается в силе до его отмены. Чтобы отменить соглашение, перейдите на сайт nysif.com, зарегистрируйтесь в качестве заявителя и выберите опцию «отписаться от зачисления средств на счет». Кроме того, вы можете отменить соглашение, обратившись к своему менеджеру NYSIF на сайте nysif.com, перейдя по быстрой ссылке «Получить помощь по претензиям». Это соглашение также может быть отменено со стороны NYSIF или вашего финансового учреждения. В любом случае последующие чеки будут приходить по почте. Отмена может занять до трех недель.

ИЗМЕНЕНИЯ СЧЕТА

Вы несете ответственность за уведомление NYSIF о любых изменениях информации о вашем банковском счете (изменение номера счета, финансового учреждения и т. д.). Уведомить NYSIF вы можете, подав новую заявку на сайте nysif.com на выплату средств на счет.

Даже если вы меняете счет или финансовое учреждение, не закрывайте свой прежний счет до тех пор, пока на ваш новый счет не будет выполнено следующее зачисление средств. Если старый счет не будет активным, платеж может поступить с опозданием, а именно после того, как будет разрешена выплата средств на новый счет.

ПЕРИОДИЧЕСКАЯ ПРОВЕРКА

NYSIF может периодически связываться с вами для проверки информации о вашем счете для выплаты средств. Если получателя платежа уже нет в живых, следует немедленно сообщить об этом в NYSIF.

Чтобы получать выплаты средств на счет, заполните полностью этот бланк и отправьте его по указанному ниже адресу. Для получения дополнительной информации о ваших правах в отношении выплаты средств на счет перейдите на страницу nysif.com/directdeposit. Чтобы зарегистрироваться для получения выплат на счет, заполните все поля данного бланка.

ФИО (ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО): _____	НОМЕР ЗАЯВЛЕНИЯ СОТРУДНИКОВ К NYSIF: _____	
ДОМАШНИЙ АДРЕС (НЕ АБОНЕНТСКИЙ ЯЩИК): _____		
ГОРОД: _____	ШТАТ: _____	ПОЧТ. ИНДЕКС: _____
ЭЛ. ПОЧТА: _____	ТЕЛ.: _____	
Введите всю информацию, включая номер вашего счета и код банка. Если вам нужна помощь в заполнении этого раздела, обратитесь в свое финансовое учреждение. Дополнительно: если вы хотите разделить платежи между двумя банковскими счетами, заполните оба окошка с полями касательно банковской информации. Необходимо указать, как распределить 100% (например, 75% на счет №1 и 25% на счет №2). Если в какой-то момент ваш банковский счет будет недоступен, сумма, подлежащая оплате, будет отправлена бумажным чеком.		
СЧЕТ ДЛЯ ВЫПЛАТ СРЕДСТВ #1 (банковский или сберегательный): [<input type="checkbox"/>] Банковский [<input type="checkbox"/>] Сберегательный Указать _____ % выплаты		
НАИМЕНОВАНИЕ ФИНАНСОВОГО УЧРЕЖДЕНИЯ: _____		
КОД БАНКА # _____	СЧЕТ # _____	
СЧЕТ ДЛЯ ВЫПЛАТ СРЕДСТВ #2 (банковский или сберегательный): [<input type="checkbox"/>] Банковский [<input type="checkbox"/>] Сберегательный Указать _____ % выплаты		
НАИМЕНОВАНИЕ ФИНАНСОВОГО УЧРЕЖДЕНИЯ: _____		
КОД БАНКА # _____	СЧЕТ # _____	
ПОДТВЕРЖДЕНИЕ И РАЗРЕШЕНИЕ ВЛАДЕЛЬЦА СЧЕТА/ ПОЛУЧАТЕЛЯ ПЛАТЕЖА		
Подписывая этот бланк, я уполномочиваю NYSIF направлять платежи в финансовое учреждение (учреждения), указанное выше, для перечисления на указанный(е) счет(а). Я подтверждаю, что имею право на получение соответствующих компенсационных выплат или денежных средств, полученных в результате урегулирования, и что обстоятельства, дающие мне право на получение выплат от NYSIF, не изменились. В случае изменения обстоятельств, влияющих на право на получение выплат, я обязуюсь уведомить об этом NYSIF. Я понимаю, что для подачи заявки на выплаты средств на счет я должен (должна) указать адрес электронной почты. Отправляя эту заявку, я даю согласие на получение электронных уведомлений на указанный адрес электронной почты.		
ПОДПИСЬ: _____		ДАТА: _____

Заполненная заявка отправляется на адрес:

NYSIF
 PO Box 66699
 Albany, NY 12206