



איר זענען פֿאַרוואונדעט געווארן אין אַרבעט. וואָס נון?

אויב איר האָט געליטן אַ שאַדן אָדער קראַנקייט אין אַרבעט, קענט איר זיין באַרעכטיגט פֿאַר פֿאַרגיטיקונגס-בענעפיץ פֿאַר אַרבעטער. איר האָט עפּשער שוין באַקומען מעדיציניש באַהאַנדלונג. אויב איר האָט דאָס נישט באַקומען, זאָלט איר זוכן מעדיציניש זאָרג וואָס גיכער ווי מעגלעך. פֿאַר הילף מיט ייער פֿאָדערן, קלינגט אַאַרבעטערס' פֿאַרגיטיקונגס ראַט (ראַט) אונטער 632-4996 (877).

ייער פֿאַראַנטוואָרטלעכקייטן

- געבט צו וויסן ייער באַלעבאָס, אין שרײַבן און דיטיילד, וווּ און ווי איר זענען געווען געשעדיגט אָדער קראַנק. טאָן דאָס וואָס גיכער ווי מעגלעך אין 30 טעג פֿון שאַדן אָדער קראַנקייט. איר זאלט נישט שיקן דאָס פער טעקסט מעסעדזש; אַנשטאָט שיקט אַ בריוו, אַ בליצפּאָסט אָדער אַן אַנדערס דאָקומענט וואָס מע קען ראַטעווען אָדער דרוקן.
- טיילט מיט ייער געזונט-זאָרג פּראָוויידער אַז איר האָט אַן אַרבעט-פֿאַרבונדענע שאַדן אָדער קראַנקייט און געבט די נאָמען פֿון די פֿאַרגיטיקונגס-פֿאַרזיכערונג פֿון ייער באַלעבאָס. פֿרעגט ייער באַלעבאָס אָדער קאָנטאַקט די ראַט וואָס גיכער ווי מעגלעך. אייער געזונט-זאָרג פּראָוויידער וועט רעגיסטרירן מעדיצינישע ריפּאָרץ מיט די ראַט און מיט ייער באַלעבאָס אָדער זייער פֿאַרזיכערונג. אַ מעדיציניש באַריכט דאַרף ווערן רעגיסטרירט מיט די ראַט פֿאַר ייך צו באַקומען ייער בענעפיץ.
- לייגט פֿאַר אַן אַרבעטער פֿאָדערן (פֿאַרעם C-3) און באַריכטעט פֿון ייער שאַדן אָדער קראַנקייט וואָס גיכער ווי מעגלעך. איר מוזט געבן צו וויסן די ראַט פֿון ייער שאַדן אָדער קראַנקייט אין צוויי יאָר. אויב איר האָט פֿאַרוואונדעט די זעלבע גוף טייל אין דער פֿאַרגאַנגענהייט, אָדער האָט געהאַט אַן ענלעך קראַנקייט, דאַרפֿט איר אויך פּלאַמבירן אויס אַ באַגרענעקט באַפֿרייונג פֿון געזונט אינפֿאַרמאַציעס (פֿאַרעם C-3.3). בירגערשאַפט און ימיגראַטיאָן סטאַטוס זענען נישט פּאַקטאַרס אין פֿאַרגיטיקונג פֿון אַרבעטערס.

ווי אזוי פֿאַרצולייגן אַ פֿאָדערן

שנעלסטע ויפֿן: באַזוכט wcb.ny.gov און קלייבט אויס "פֿאַרלייגן אַ טענה".

פֿאַר פֿראַגעס וועגן פֿאַרלייגן אַ פֿאַרעם C-3, אָדער צו באַקומען אַ קאָפּיע פֿון די פֿאַרעם, ביטע קלינגען 632 4996 (877). אַ פֿאַרשטייער פֿון די ראַט וועט ייך העלפֿן.

מעדיציניש און אַרומפֿאַרן קאָסטן

מעדיציניש זאָרגן צו מיכל ייער אַרבעט-פֿאַרבונדענע שאַדן אָדער קראַנקייט איז אַן אַרבעטער פֿאַרגיטיקונגס-נוצן וואָס וועט צוגעשטעלט אַן קאָסטן פֿאַר ייך. מעדיציניש רעכענונגען פֿאַר ייער שאַדן אָדער קראַנקייט זענען באַצאָלט גלייך דורך ייער די פֿאַרגיטיקונגס-פֿאַרזיכערונג פֿון ייער באַלעבאָס צו ייער געזונט-זאָרגן פּראָוויידער. אויב ייער פֿאַל איז דיספּיטיד דורך די פֿאַרזיכערונג, די געזונט-זאָרגן פּראָוויידער וועט ווערן באַצאָלט אויב די ראַט באַשליסט דעם פֿאַל אין ייער טויווע. אָבער, אויב די ראַט באַשליסט קעגן ייך, אָדער אויב איר טאָט נישט נאָכגיין אַ פֿאַל, וועט איר דאַרפֿט באַצאָלן די געזונט-זאָרגן פּראָוויידער אָדער די שפיטאַל (אָדער איר דאַרפֿט פֿאַרלייגן די רעכענונג(ען) צו ייער אייגענע געזונט-פֿאַרזיכערונג).

די אַרבעטער פֿאַרגיטיקונגס-פֿאַרזיכערונג פֿון ייער באַלעבאָס דעקט אָב מעדיציניש נויטיקע מעדיצין (דרוגס) און ויסריכט וואָס ייער געזונט-זאָרגן פּראָוויידער פֿאַרשרייבט. איר קענט אויך ווערן ריימבערסט פֿאַר מיילדזש, עפֿנטלעך טראַנספּערטיישאַן אָדער אנדערע נויטיקע הוצאות וואָס איר האָט געהאַט ווען איר זענט אַרומגעפֿאַרן פֿאַר באַהאַנדלונגען. לייגט פֿאַר די הוצאות (אַרײַנגערעכנט קאָבאַלעס אויב איר האָט די) צו די פֿאַרגיטיקונגס-פֿאַרזיכערונג פֿון ייער באַלעבאָס און צו די ראַט אויף אַ קלאַימאַנט'ס רעקאָרד פֿון מעדיציניש און רייזע הוצאות און קלאַימאַנט פֿאַר ריימבערסמאַנט (פֿאַרעם C-257).

אין אַלגעמיין, איר קענט וויסןלייבן אַ געזונט-זאָרגן פּראָוויידער וואָס איז אַטערייזד דורך די ראַט. איר קענט זוכן פֿאַר אַן אַטערייזד געזונט-זאָרגן פּראָוויידערס אין ייער געגנט מיט די "געזונט-זאָרגן פּראָוויידער זוכן" שטריך אויף wcb.ny.gov. איר קענט אויך נוצן קליניקס פֿאַר אַקיאַפּישישאַנאַל געזונט. אָבער, אויב די אַרבעטער'ס פֿאַרגיטיקונגס-פֿאַרזיכערונג פֿון ייער באַלעבאָס האָט אַ בילכערע פֿאַרגיטיקונגס-פּראָוויידער אַרגאַניזאַציע (Preferred Provider Organization, PPO) וואָס שטעלט צו זאָרג פֿאַר אַרבעטער'ס פֿאַרגיטיקונגס-שעדן, דאַרפֿט איר באַקומען ייער ערשטער באַהאַנדלונג פֿון די PPO נעץ. צי דער פּראָוויידער האט אויך אַ אַפּטיק אָדער דיאַגנאָסטיק נעצן, דאַרפֿט איר באַקומען באַדינונגען פֿון דאָסיקע נעץ. דער פֿאַרזיכערונגס-פּראָוויידער דאַרף ייך דערציילן וועגן זייער פֿאַרלאַנגטע פּראָוויידער-נעצן און ווי צו נוצן זיי. אָבער, אין אַ נויטפֿאַל, איר קענט זען יעדעם פּראָוויידער.

בענעפיץ פֿאַר פֿאַרלאָרנע געהעלטער

איר זענט באַרעכטיגט צו אַ טייל פֿון ייער פֿאַרלאָרנע געהאלט, וואָס דאַרף באַצאלט ווערן גלייך, אויב ייער שאַדן אָדער קראַנקייט ווירקט סיך אויס אויף ייך אין איינעם אָדער מער ווי איינעם פֿון די פֿאלגענדע וועגן:

1. איר קענט נישט אַרבעטן פֿאַר מער ווי זיבן קאַלענדאַר טעג;
 2. אַ טייל פֿון ייער גוף איז געפונען צו זיין בלייביק פֿאַרקריפלט; און/אָדער
 3. אייער געהאַלט איז פֿאַרמינערט ווייל איר איצט אַרבעט פֿאַר ווייניקער שעה, אָדער ווייל איר טוט אנדערע אַרבעט.
- נאָך דעם וואָס איר האָט געהיילט פֿון ייער שאַדן אָדער קראַנקייט און ווען קיין מעדיציניש פֿאַרבעסערונג איז מער געריכט (אין אלגעמיין איין יאָר נאָך די דאַטע פֿונעם ומגליק/קראַנקייט אָדער כירורגיע, אויב כירורגיע איז דורכגעפֿירט וואָרן), קענט איר פֿרעגן ייער דאָקטער אָפּצושאַצן צי ייער ומגליק/קראַנקייט האָט ריזאַלטיד אין אַ שטענדיק שאַדן/צושטאַנד פֿון קראַנקייט. צו לערנען מער וועגן דעם נוצ, ביטע באַזוכט wcb.ny.gov, דריקט אויף די אָפּטיילונג "אַרבעטערס" און סעלעקטירט "דיסאַביליטי קלאַסיפיקאַטיאָנס".
- איר קענט אַנשטעלן אַן אַדוואָקאַט אָדער לייסאַנסט פֿאַרשיינער פֿאַר הילף מיט ייער פֿאַדערן, אָבער עס איז נישט פֿאַרלאָנגט. איר אָדער ייער משפּחה זאָלט נישט גלייך באַצאלן דעם אַדוואָקאַט אָדער לייסאַנסט פֿאַרשיינער. זייער אָפּצאלן זענען באַוויליקט דורך די ראַט און אַראָפּגערעכענט פֿון ייער פֿאַרלאָרנע געהאַלט צאָלונג.

אויב ייער פֿאַל איז דיספּיטיד, איר קענט באַקומען דיסאַביליטי בענעפיץ בשעת דער פֿאַל ווארטעט באַשטימט צו ווערן דורך די ס ראַט. צו באַקומען אַ נאָטיץ און באַוויליג פֿון פֿאַדערן פֿאַר דיסאַביליטי בענעפיץ (פֿאַרעם 450-DB), באַזוכט wcb.ny.gov; קלינגעט די ראַט פֿאַר הילף; אָדער באַזוכט אַן ראַט'ס ביראָ. אויב דער פֿאַל איז באַשלאָסן אין ייער טויווע, די דיסאַביליטי בענעפיץ וועלן זיין אַראָפּגערעכענט פֿון ייער פֿאַרלאָרנע געהאַלט צאָלונג.

וואָס נוצ?

די אַרבעטער פֿאַרגיטיקונגס-פֿאַרזיכערונג וועט קאָנטאַקט ייך. אויב ייער פֿאַדערן איז אַנגענומען, ייער געזונט-זאַרג פֿראַוויידער וועט ווערן באַצאלט און די פֿאַרלאָרנע געהאַלט צאָלונגען ווערן אָנהייבן. אויב ייער פֿאַל דאַרף אַ הירינג, די ראַט וועט קאָנטאַקט ייך. עס זענען דאָ אַנגליין רעסורסן פֿאַראַנען צו מאַכן די הירינג פֿראַצעס גרינגער:

- **eCase:** איר קענט ופּלאַדן און קוקן פֿאַל-פֿאַרבונדענע דאָקומענטן אַנגליין מיט די eCase סיסטעם פֿונעם ראַט, וואָס איז געניצט צו פֿראַצעסירן פֿאַדערן פֿאַר געשעדיגטע אַרבעטערס. איר דאַרפֿט ייך רעגיסטרירן פֿאַר eCase אויף wcb.ny.gov.
- **ווירטואַל הירינגס:** איר האָט די אָפּציע צו באַזוכן הירינגס אָן אַרומצופֿאַרן צו אַ ראַט'ס אַמט דורך נוצן ווירטואַל הירינגס. לערנט מער וועגן ווירטואַל הירינגס און די פֿריי אָפּ פֿון די ראַט אויף wcb.ny.gov/virtual-hearings.

הילף איז פֿאַראַנען

מאל דאַרפֿט איר הילף צוריקצוקומען צו אַרבעט. אייער באַלעבאָ האָט עפֿשער אַלטערנאַטיווע אָדער גרינגערע אַרבעט אַז איר קענט אַרבעטן בשעת איר היילט. אַ שאַדן אָדער קראַנקייט קען אויך פֿאַרשאַפֿן פֿינאַנציעלע פֿראַבלעמע עאָדער פֿראַבלעמע אין דער משפּחה. די ראַט האָט וואָקליישאַנאל ריכאַבילאַטישאַן קאָנסעלאַרס און סאַציאַל אַרבעטערס וואָס קענען העלפֿן. קלינגעט די ראַט פֿאַר מער אינפֿאָרמאַציעס וועגן פֿאַראַנען סערוויסעס און פֿאַר הילף.

אויב איר האָט זאַרגן וועגן אָפּענגיקייט פֿון אָפּיאַיד ווייטיק מעדאַקיישאַנז, ביטע קלינגעט די NYS OASAS HOPELine אונטער **877-8-HOPENY (877-846-7369)**.

וויכטיקע קאָנטאַקט אינפֿאָרמאַציעס

claims@wcb.ny.gov	(877) 632-4996	אַרבעטערס' פֿאַרגיטיקונגס ראַט
wcb.ny.gov		



Workers' Compensation Board

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

אָנפֿילט די פֿאָרמע כדי צולייגן פֿאַר אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג בענעפֿיטס צוליב אַן אַרבעט הפֿסד אָדער אַרבעטן-פֿאַרבונדן קראַנקייט. טיפֿ אָדער שרייב סדרדיק. די פֿאָרמע מעג אויך זיין אָנגעפֿילט אַנליין אין www.wcb.ny.gov.

WCB פֿאַל נומער (אויב דו קענסט עס):
A. דיין אינפֿאָרמאַציע (אַרבעטער)

1. נאָמען: _____ ערשטן מיטל משפחה 2. געבורט דאַטע: ____/____/____

3. פֿאָסט אַדרעס: _____ נומער און גאס/PO Box/דירה נומער שטאָט שטאָט זיפ קאָדע

4. סאָשאַל סעקורייטי נומער: _____ - _____ - _____ 5. טעלעפֿאָן נומער: _____ () 6. מין: זאָכער ווייבלעך אנדערע

7. דו וועסט דאַרפֿן אַ טייטשער אויב דו דאַרפֿסט זיין אין אַ באַרד פֿאַרהער? יאָ ניין אויב יאָ, פֿאַר וועלכע שפראַך? _____

B. דינע אַרבעטגעבער(ס)

1. אַרבעטגעבער ווען געשעדיקט: _____ 2. טעלעפֿאָן נומער: _____ ()

3. דיין אַרבעט אַדרעס: _____ נומער און גאס שטאָט שטאָט זיפ קאָדע

4. דאַטע ווען דו האָסט אָנגעהויבן: ____/____/____ 5. דיין אויפֿזעער נאָמען: _____

6. רשימה פֿון נעמען/אַדרעסעס פֿון קיין אנדערער אַרבעטגעבער(ס) אין צייט פֿון דיין הפֿסד/קראַנקייט: _____

7. דו האָסט פֿאַרלוירן צייט פֿון אַרבעט אין די אנדערע אַרבעטן אַז אַ רעזולטאַט פֿון דיין הפֿסד/קראַנקייט? יאָ ניין

C. דיין אַרבעט אין די דאַטע פֿון הפֿסד אָדער קראַנקייט

1. וואָס איז געווען דיין אַרבעט נאָמען אָדער באַשרייבונג? _____

2. וועלכע מין אַקטיוויטעטן האָסטו געוויינטלעך דורכגעפֿירט אין אַרבעט? _____

3. דיין אַרבעט איז געווען? (טשעק אײנער) פֿול צייט האַלבע צייט צייטיק וואָלונטיר אנדערער: _____

4. וויפֿל איז געווען דיין גראָס צאָלונג (איידער שטייערן) פֿער צאָלונג פֿעריאָד? _____ 5. ווי אָפֿט האָט מען דיר באַצאָלט? _____

6. דו האָסט באַקומען לאַדגינג אָדער בירגעלט אין דערצו פֿון דיין צאָלונג? יאָ ניין אויב יאָ, באַשרייב: _____

D. דיין הפֿסד אָדער קראַנקייט

1. דאַטע פֿון הפֿסד אָדער דאַטע פֿון אָנהייבן פֿון קראַנקייט: ____/____/____ 2. צייט פֿון הפֿסד: _____ פֿ"מ נ"מ

3. אַוווּ האָט דעם הפֿסד/קראַנקייט געשען? (צ.ב. 1 Main Street, Pottersville, אין פֿראַנט טיר) _____

4. דאָס איז געווען דיין געוויינטלעך אַרבעטן באַגעגענונג? יאָ ניין אויב ניט, פֿאַרוואָס ביסטו געווען דאַרטן? _____

5. וואָס האָסטו געטאָן ווען דעם הפֿסד אָדער געוואָרן קראַנק? (צ.ב., אויסלאָדן אַ משאַ-אויטאָ, טיפֿינג אַ רעפֿאַרט) _____

6. ווי האָט דעם הפֿסד/קראַנקייט געשען? (צ.ב. איך האָב געשטרויכלט אויף אַ רער און געפֿאַלן אין פֿאַדלאָגע) _____

7. דערקלערט אין גאַנצן די נאַטור פֿון דיין הפֿסד/קראַנקייט; שרייב אַלע טיילן באַשעדיקט (צ.ב. געדרייט לינק קנעכל און שניט צום שטערן) _____



D. דין הפֿוסד אָדער קראַנקייט אַנגעגאַנגען

8. אַן אָביעקט (צ.ב. פֿאַרקליפֿט, האַמער, זייערס) איז געווען פֿאַרבונדן אין דעם הפֿוסד/קראַנקייט? יאָ ניין
אויב יאָ, וואָס:

9. דעם הפֿוסד איז געווען אַ רעזולטאַט פֿון ניצן אָדער אָפּעראַציע פֿון אַ ליצענצד מאָטאָר פֿאַרמיטל? יאָ ניין
אויב יאָ, דיין פֿאַמיטל אַרבעטגעבער פֿאַרמיטל אַנדערער פֿאַרמיטל ליצענץ פּלאַטע נומער (אויב באַקאַנט):
אויב דיין פֿאַרמיטל איז אַריינגענומען, געב אַ נאָמען און אַדרעס פֿון דיין מאָטאָר פֿאַרמיטל פֿאַרזיכערונג טרעגער:

10. דו האָסט געגעבן דיין אַרבעטגעבער (אָדער אויפֿזעער) באַמערקונג וועגן דיין הפֿוסד/קראַנקייט? יאָ ניין
אויב יאָ, מען האָט געגעבן באַמערקונג צו: בעל-פה שריפֿטלעך באַמערקונג דאָטע: / /

11. עמעצן האָט געזען דיין הפֿוסד? יאָ ניין ניט באַקאַנט אויב יאָ, שרייב די נעמען:

E. צוריקומען קיין אַרבעט

1. דו האָסט אָפּגעשטעלט אַרבעטן צוליב דיין הפֿוסד/קראַנקייט? יאָ, אין וועלכע דאָטע? / / ניין, שפּרינגט צו אָפּטיילונג F.
2. דו ביסט צוריקגעגאַנגען אין אַרבעט? יאָ ניין אויב יאָ, אין וועלכע דאָטע? / / רעגולער פֿליכט באַגרענעצט פֿליכט
3. אויב דו ביסט צוריק אין אַרבעט, פֿאַר וועמען אַרבעטסטו יעצט? זעלבן אַרבעטגעבער נײַ אַרבעטגעבער זעלבסט אַרבעט
4. וויפֿל איז דיין גראָס צאָלונג (איידער שטייערן) פּער צאָלונג פּעריאָד? ווי אָפֿט מען באַצאָלט דיר? _____

F. מעדיקאַל באַהאַנדלונג פֿאַר דעם הפֿוסד אָדער קראַנקייט

1. וועלכע איז געווען די דאָטע פֿון דיין ערשטן באַהאַנדלונג? / / ניט באַקומט (שפּרינגט צו פֿראַגע F-5)
2. מען האָט דיר באַהאַנדלט אין פּלאַץ? יאָ ניין
3. אַווי האָסט באַקומען דיין ערשטן אויס-פּלאַץ מעדיקאַל באַהאַנדלונג פֿאַר דיין הפֿוסד/קראַנקייט? ניט באַקומט נויטפֿאַל צימער דאָקטער אָפיס קליניק/שפּיטאַל/נויטיק אָפּהייטונג שפּיטאַל אָפּהאַלטונג איבער 24 שעהן
נאָמען און אַדרעס אַווי מען האָט דיר ערשטן באַהאַנדלט: _____

() טעלעפֿאָן נומער: _____

4. מען באַהאַנדלט דיר נאָך פֿאַר דעם הפֿוסד/קראַנקייט? יאָ ניין

געב דעם נאָמען און אַדרעס פֿון דעם דאָקטער (דאָקטוירים) וואָס באַהאַנדלען דיר פֿאַר דעם הפֿוסד/קראַנקייט: _____

() טעלעפֿאָן נומער: _____

5. דו האָסט געהאַט אַן אַנדער הפֿוסד אין זעלבן קערפּער טייל, אָדער אַן ענלעך קראַנקייט? יאָ ניין

אויב יאָ, אַ דאָקטער האָט דיר באַהאַנדלט? יאָ ניין אויב יאָ, געב די נעמען און אַדרעס פֿון דעם דאָקטער(דאָקטוירים) וואָס באַהאַנדלט פּולשטענדיק און פֿאַרלייגן פֿאַרמע C-3.3 צוזאַמען מיט די פֿאַרמע:

6. דעם פֿריערדיקן הפֿוסד/קראַנקייט איז געווען אַרבעט-באַצויגן? יאָ ניין

אויב יאָ, דו האָסט געאַרבעט פֿאַר דעם זעלבן אַרבעטגעבער ווי יעצט? יאָ ניין

איך מאַכט אַ קליימ פֿאַר בענעפיט לויט די אַרבעטער פֿאַריטיקונג געזעץ. מיין אונטערשריפט האַלט אַז די אינפֿאַרמאַציע איך צושטעלט איז אמתדיקע און פינטלעך צו מיין בעסטן קענטשאַפֿט און מיינונג.

קיין פּערזאָן וואָס מיט קענטשאַפֿט און כּוונה צו באַשווינדלען באַווייזן, מאַך מען זאָל באַווייזן, אָדער צוגרייט מיט קענטשאַפֿט אָדער מיינונג אַז מען וועט באַווייזן, אָדער בײַ קיין פֿאַרזיכערער, אָדער זעלבסט-פֿאַרזיכערער, קיין אינפֿאַרמאַציע וואָס נעם אַרײַן פֿאַלש מאַטעריעל אויסזאָג אָדער האַלט קיין מאַטעריעל פֿאַקט, וועט זײַן שולדיק פֿון אַ פֿאַרברעך און סאַבײַקט צו היפּש געלטשטראַפֿן און תּפּיסה.

אַרבעטער אונטערשריפט _____ פֿאַרדרוקן נאָמען: _____ דאָטע: / /
אין נאָמען פֿון אַרבעטער: _____ פֿאַרדרוקן נאָמען: _____ דאָטע: / /

אַן אינדיווידועל מעג אונטערשרײַבן אין נאָמען פֿון דעם אַרבעטער בלויז אויב ער אָדער זי איז געזעצלעך אויטאָריזירט עס צו מאַכן און דעם אַרבעטער איז אַ מינערווערטיק, גײַסטיק אומקאַמפּעטענט אָדער אַן קאַפּאַציעט.

איך באַשטעטיקט צו מיין בעסטע קענטשאַפֿט, אינפֿאַרמאַציע און מיינונג, פֿאַרמירט נאָך אַן אַנפֿרעג סײַכלדיק לויט די צושטאַנדן, אַז די אַלעגיישאַנס און אַנדערע פֿאַקטנדיק ענינים קאַנטסטאַטירט אויבן האָבן קענטיק אָנהאַלט, אָדער מסתמא האָבן קענטיק אָנהאַלט נאָך אַ סײַכלדיקע געלעגנהײט פֿאַר וויטערדיק דורכקוקונג אָדער אַנטדעקונגען.

אונטערשריפט פֿון אַוואָקאַט/רעפּרעזענטאַנט (אויב עס איז דאָ): _____ דאָטע: / /
פֿאַרדרוקן נאָמען: _____ טיטל: _____

ID נומער, אויב עס איז דאָ: _____ R אויב ליצענצד רעפּרעזענטאַנט, ליצענץ נומער: _____ אויסגעגאַנגען דאָטע: _____

אינסטרוקציעס פֿאַר אָנפֿילן די אַרבעטער קליים פֿאַרמע (Form C-3)

ביטע אָנפֿילן די פֿאַרמע און עס שיקן צו דעם אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג באַרד איקערדיק פֿאַסט אַדרעס פֿאַרשריבן לוסף פֿון די אינסטרוקציעס. אויב איר דאַרפֿן ווייטערדיק הילף צו אָנפֿילן די פֿאַרמע, קאָנטאַקטירט דעם אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג באַרד אויף **1-877-632-4996**. איר מעגן אויך אָנפֿילן די פֿאַרמע אָנליין אויף **wcb.ny.gov**. אויב איר האָבן ניט אַדער קענען ניט אייער אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג באַרד פֿאַל נומער, ביטע לאָזן ריין דעם פֿעלד. מען דאַרף עס ניט צו פֿראַצעס אייער קליים. געדענקט צו שרייבן אייער נאָמען און די דאַטע פֿון אייער הֶפֶסד/קראַנקייט אויבן פֿון זייט צוויי.

טייל A - דיין אינפֿאַרמאַציע (אַרבעטער):

אין טייל A, שרייב דיין נאָמען, אַדרעס און אַנדערע אינפֿאַרמאַציע באַדאַרפֿט. **באַמערקונג אויף איטעם 7:** באַרד פֿאַרהערן זיינען געפֿירט אויף ענגליש. אויב דו דאַרפֿסט אַ טייטשער, קלייב אויס יאָ און אָנווייז דעם שפראַך וואָס דו ניצט.

באַמערקונג פֿאַר די ניו יאָרק פֿערזענלעכער פֿריוואַטקייט באַשיצונג געזעץ. (Public Officers Law Article 6-A) and the Federal Privacy Act of 1974 (5 U.S.C. § 552a).

דעם אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג באַרד אויטאָריטעט צו בעטן אַז קליימאַנטס זאָלן צושטעלן פֿערזענלעכע אינפֿאַרמאַציע, אַריינגענומען זיין סאַשאַל סעקורירטי נומער, קומט פֿון דעם באַרד אויפֿפֿאַרשנדיק אויטאָריטעט לויט די אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג באַרד געזעץ § 20 (WCL), און זיין אַדמיניסטראַטיוו אויטאָריטעט לויט § 142 WCL. די אינפֿאַרמאַציע איז געזאַמלט צו העלפֿן דעם באַרד אונטערזוכן און פֿאַרוואַלטן קליימז אין די מערסט לויניק שטייגער אַז מעגלעך און צו העלפֿן עס האַלטן פֿאַרהוילן פינטלעך קליים רעקאָרדס. צושטעלן אייער סאַשאַל סעקורירטי נומער צו דעם באַרד איז פֿריווייליק. עס איז ניט דאָ קיין שטראַף פֿאַר אַ דורכפֿאַל צו צושטעלן אייער סאַשאַל סעקורירטי נומער און די פֿאַרמע; עס וועט ניט ענדיקן אין אַ אַפֿלייקענונג פֿון אייער קליים אַדער אַ דערנידעריקונג אין בענעפיטס. דעם באַרד וועט באַשיצן די קאָנפֿידענציעליטי פֿון די גאַנצע פֿערזענלעכע אינפֿאַרמאַציע אין זיין פֿאַרמעגן, אויסזאָגן עס בלויז פֿאַר זיינע באַאַמטלעך פֿליכטן און אין צוזאַמענהאַנג מיט שייך שטאַט און פֿעדעראַל געזעץ.

אָפּטיילונג B - דינע אַרבעטגעבער(ס):

אין אָפּטיילונג B, שרייב דעם נאָמען, אַדרעס, טעלעפֿאָן נומער און אַנדערע אינפֿאַרמאַציע פֿון דעם אַרבעטגעבער פֿאַר וועלכן דו האַסט געאַרבעט אין צייט פֿון הֶפֶסד/קראַנקייט.

באַמערקונג: דיין אַרבעטגעבער איז די קאָמפּאַניע אַדער אַגענציע וואָס אַרויסגעבט דיין צאָלונג טשעק. אויב איר זייט אַ קאָנטראַקטאַר אין אַן אַרבעטן פּלאַץ אַדער אָפּיס, די פֿערסאָנאַל אַגענציע אַדער פֿאַרקויפֿער וואָס האָט אייך געדינגען איז אייער אַרבעטגעבער, ניט דעם אַרבעטן פּלאַץ אַדער אָפּיס אָווו איר רעפּאַרטירן צו אַרבעטן.

אָפּטיילונג C - דיין אַרבעט אין די דאַטע פֿון הֶפֶסד אַדער קראַנקייט:

אין אָפּטיילונג C, שרייב דיין אַרבעט טיטל, אַרבעטן אַקטיוויטעטן און צאָלונג אינפֿאַרמאַציע.

אָפּטיילונג D - דיין הֶפֶסד אַדער קראַנקייט

אין אָפּטיילונג D, שרייב דיין הֶפֶסד אַדער קראַנקייט אינפֿאַרמאַציע.

איטעם 1: שרייב די דאַטע ווען דו ביסט געשעדיקט אַדער די ערשטע דאַטע ווען דו האַסט באַמערקט דו ביסט קראַנק.

אויב דאָס איז אַ קראַנקייט אַדער אַקאַפּישישאַנאַל קראַנקייט, שפּרינגט איטעם 2. די דאַטע דו ביסט געשעדיקט דאַרף זיין אין מאָנאַט/טאָג/יאָר פֿאַרמאַט. דעם יאָר דאַרף זיין געשריבן אַז פֿיר ציפֿערן, צ.ב., 2015.

איטעם 2: שרייב דעם צייט ווען דעם הֶפֶסד איז געשען. טשעק אויב עס איז געווען פֿ"מ אַדער נ"מ.

איטעם 3: אָנווייז די באַגעגענונג אָווו דעם הֶפֶסד/קראַנקייט איז געשען, אַריינגענומען דעם אַדרעס פֿון דעם בנין און די פֿיזיש באַגעגענונג אין דעם בנין אָווו דעם הֶפֶסד/קראַנקייט איז געשען.

איטעם 4: טשעק אויב דאָס איז געווען דיין נאָרמאַל אַרבעטן פּלאַץ. אויב ניט, דערקלערט פֿאַרוואַס דו ביסט געווען אין דעם פּלאַץ.

איטעם 5: באַשרייב אין דעטאַל וואָס דו האַסט געטאָן אין צייט פֿון הֶפֶסד/קראַנקייט (צ.ב. אויסלאָדן קעסטלען פֿון אַ משאַ-אויטאָ בײַ האַנט). דאָס דערקלערט די געשעענישן וואָס האָבן געפֿירט צום הֶפֶסד.

איטעם 6: באַשרייב אין דעטאַל ווי אַזוי דעם הֶפֶסד/קראַנקייט איז געשען (צ.ב. איך האָב אויפֿגעהויבט אַ שווערע קעסטל פֿון אַ משאַ-אויטאָ). דאָס דאַרף אַריינעמען אַלע מענטשן און געשעענישן אַריינעמען אין דעם הֶפֶסד/קראַנקייט.

איטעם 7: אָנווייז אין גאַנצן די נאַטור און מאָס פֿון דיין הֶפֶסד/קראַנקייט, אַריינגענומען אַלע געשעדיקט קערפֿערשאַפֿט טיילן. זייט אַז ספּעציפֿיש אַז מעגלעך (צ.ב. איך האָב אָנגשטערענגן מיין רוקן ווען אויפֿגעהויבן אַ שווערע קעסטל פֿון אַ משאַ-אויטאָ). עס איז שווער זיך צו פֿאַרבייגן אַדער האַלטן אַפֿילו אַ לייכטער אַביעקט

איטעם 8: אָנווייז אויב אַן אַביעקט איז פֿאַרבונדן געווען אין צופֿאַל **אַנדערש פֿון אַ** לייצענד מאַטאָר פֿאַרמיטל. אַנדערע אַביעקטס מעגן אַריינעמען אַ מכשיר (צ.ב. האַמער), אַ כעמיש (צ.ב. זייערס), מאַשין (צ.ב. פֿאַרקליפֿט אַדער עקבער דריקער), א.א.וו.

איטעם 9: אָנווייז אויב לייצענד מאַטאָר פֿאַרמיטל איז פֿאַרבונדן געווען אין צופֿאַל. אויב יאָ, טשעק אויב דעם מאַטאָר פֿאַרמיטל איז דינער, פֿון אייער אַרבעטגעבער, אַדער פֿון אַ דריטן פֿאַרטיי. נעם אַריין דעם לייצענץ פּלאַטע נומער (אויב באַקאַנט). אויב דיין פֿאַרמיטל איז אַריינגענומען, געב אַ נאָמען און אַדרעס פֿון דיין מאַטאָר פֿאַרמיטל לייביליטי טרענער:

איטעם 10: טשעק אויב דו האַסט געגעבן דיין אַרבעטגעבער (אַדער אויפֿזעער) באַמערקונג וועגן דיין הֶפֶסד/קראַנקייט. אויב יאָ, אָנווייז ווער דו האַסט באַמערקט אַזוי ווי אויב עס איז געווען בעל-פה אַדער שריפֿטלעך. נעם אַריין די דאַטע ווען דו האַסט באַמערקט.

איטעם 11: טשעק אויב עמעצן אַנדערש האָט געזען ווי אַזוי דעם הֶפֶסד איז געשען. אויב עמעצן האָט עס געזען, נעם אַריין זיין נאָמען.

אָפּטיילונג E - צוריקומען קיין אַרבעט

איטעם 1: אויב דו האַסט אָפּגעשטעלט אַרבעטן אַז אַ רעזולטאַט פֿון דיין אַרבעטן-באַצויגן הֶפֶסד/קראַנקייט, טשעק יאָ און אָנווייז די דאַטע ווען דו האַסט אָפּגעשטעלט אַרבעטן. אויב דו האַסט ניט אָפּגעשטעלט אַרבעטן, טשעק ניין און שפּרינגט צום פֿאַלקנדיקער אָפּטיילונג.

איטעם 2: אויב דו האַסט זינט דעמאָלט צוריקגעגאַנגען צום אַרבעט, טשעק יאָ. אויך, אָנווייז וועלכע דאַטע דו האַסט אָנגעהויבן אַרבעטן נאָך אַ מאָל, אַזוי ווי אויב דו ביסט צוריקגעגאַנגען צו דינע נאָרמאַל פֿליכטן אַדער אויב דו ביסט אָן באַגרענעצט פֿליכטן. (אויב דו ביסט ניט צוריק אין דינע פּול פֿרע-הֶפֶסד אַדער קראַנקייט אַרבעטן פֿליכטן, אַז דו ביסט אין באַגרענעצט פֿליכטן).

איטעם 3: אויב דו ביסט צוריק אין אַרבעט, אָנווייז פֿאַר וועמען דו אַרבעט יעצט.

איטעם 4: שרייב דיין גראַס צאָלונג (איידער שטייערן) פֿאַר צאָלונג פֿעריאָד פֿאַר דעם אַרבעט דו מאַכסט היינט. אָנווייז ווי אַפֿט דו באַקומסט אַ צאָלונג טשעק (וואַכנדיק, צוויי-וואַכנדיק, א.א.וו.)

אָפּטיילונג F - מעדיקאל באַהאַנדלונג פֿאַר דעם הפֿסד אָדער קראַנקייט

- איטעם 1:** אויב דו האָסט ניט באַקומען מעדיקאל באַהאַנדלונג פֿאַר דעם הפֿסד/קראַנקייט, טשעק ניט באַקומט און שפּרינגט צו איטעם 5. אַנדערש, שרייב די דאַטע ווען דו האָסט ערשטנס באַקומען באַהאַנדלונג פֿאַר דעם הפֿסד/קראַנקייט און ענטפֿער דעם רעשט פֿון דעם אָפּטיילונג.
- איטעם 2:** טשעק אויב דו ביסט ערשטנס באַהאַנדלט אין אַרבעט פֿאַר דעם הפֿסד/קראַנקייט.
- איטעם 3:** טשעק דעם פּלאַץ ווען מען האָט דיר ערשטנס געגעבן אויסער פּלאַץ מעדיקאל באַהאַנדלונג פֿאַר דין הפֿסד/קראַנקייט. נעם אַרײַן דעם נאָמען און אַדרעס פֿון די מהירות, אַזוי ווי דעם טעלעפֿאָן נומער (אַרײַנגענומען געגנט קאָדע).
- איטעם 4:** אויב דו באַקומסט נאָך באַהאַנדלונג פֿאַר דעם זעלבן הפֿסד אָדער קראַנקייט, טשעק יאָ און אַנווייז דעם נאָמען און אַדרעס פֿון דעם דאָקטער (דאָקטוירים) וואָס האָבן צוגעשטעלט באַהאַנדלונג אַזוי ווי דעם טעלעפֿאָן נומער (אַרײַנגענומען געגנט קאָדע); אַנדערש, טשעק ניין.
- איטעם 5:** אויב דו האָסט שוין געהאַט אַ הפֿסד אין די זעלבע קערפּער טייל אָדער אַן ענלעך קראַנקייט, טשעק יאָ און אַנווייז אויב אַ דאָקטער האָט דיר באַהאַנדלט פֿאַר דעם הפֿסד אָדער קראַנקייט. אויב דו ביסט באַהאַנדלט בײַ אַ דאָקטער, אַנווייז דעם נאָמען (נעמען) און אַדרעס(עס) פֿון דעם דאָקטער (דאָקטוירים) וואָס האָבן צוגעשטעלט אָפּהיטונג און אָנפֿילט און פֿאַרלייגט **Form C-3.3 צוזאַמען מיט די פֿאַרמע**.
- איטעם 6:** אויב דו האָסט געהאַט אַ פֿריערדיקער הפֿסד אָדער קראַנקייט, טשעק אויב דין פֿריערדיקער הפֿסד אָדער קראַנקייט איז געווען אַרבעט-באַצויגן. אויב יאָ, טשעק אויב דעם הפֿסד אָדער קראַנקייט איז געשען דערווייל אַרבעטן פֿאַר דין גיין אַרבעטגעבער.

אונטערשרייב Form C-3 אין דעם פּלאַץ צוגעשטעלט פֿאַר אַרבעטער אונטערשריפט אָן זײַט 2, שרייבט דין נאָמען, און די דאַטע ווען דו פֿאַרשרייבסט די פֿאַרמע. אויב אַ דריטן פֿאַרטיי איז אונטערשרייבן פֿאַר דיר, דעם פּערזאָן דאַרף אונטערשרייבן אין די צווייטע אונטערשריפט ליניע. אויב דו האָסט אַ געזעצלעך רעפּרעזענטאַנט, דין רעפּרעזענטאַנט דאַרף אָנפֿילן און אונטערשרייבן דעם אַדוואָקאַט/רעפּרעזענטאַנט באַשטעטיקונג אָפּטיילונג דנאָ פֿון זײַט 2.

וואָס יעדער אַרבעטער דאַרף טאָן אין פֿאַל פֿון אין-אַרבעט הפֿסד אָדער אַקיאָפּישישאַנאַל קראַנקייט:

1. באַלדיק זאָג דין אַרבעטגעבער אָדער אויפֿזעצער ווען, אַזוי און ווי אַזוי דו ביסט געשעדיקט געווען.
2. פֿאַרזיכער באַלדיק מעדיקאל אָפּהיטונג.
3. זאָג דין דאָקטער צו אָנפֿילן די מעדיקאל רעפֿאַרט מיט דעם באַרד און מיט דין אַרבעטגעבער אָדער זײַן פֿאַרזיכערונג טרעגער.
4. מאַך דעם קליינס פֿאַר פֿאַרגיטיקונג און שיקט עס צו די נאָענטסטע אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג באַרד אָפּיס. (זע אונטן) דורכפֿאַל צו פֿאַרלייגן אין צוויי יאָר נאָך דעם הפֿסד דאַטע מעג דערפֿירן אין געליינקט פֿון דין קליינס. אויב דו דאַרפֿסט הילף אָנפֿילן די פֿאַרמע, אָנקלינגט אָדער ווייזט די נאָענטסטע אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג באַרד אָפּיס אין די ווייטערדיקע רשימה.
5. גיי אויף אַלע פֿאַרהערן ווען באַמערקט צו אויסמעקן.
6. גיי צוריק צום אַרבעט אַז אַזוי שנעל אַז דו קענסט; פֿאַרגיטיקונג איז קיין מאָל ניט אַז הויך אַז דין לויפֿן.

דיינע רעכט:

1. אין אַלגעמיין, איר באַרעכטיקט צו זײַן באַהאַנדלט בײַ אַ דאָקטער וואָס דו קלייבסט אויס, אויב ער/זי איז אויטאָריזירט בײַ דעם באַרד. אויב דין אַרבעטגעבער איז פֿאַרבונדן אין אַ בילכער צושטעלער אַרגאַניזאַציע (PPO) אָפּמאַך, דו דאַרפֿסט באַקומען ערשטע באַהאַנדלונג פֿון די בילכער צושטעלער אַרגאַניזאַציע וואָס איז באַשטימט צו צושטעלן געזונטערהייט אָפּהיטונג באַדינונג פֿאַר אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג הפֿסדים.
2. באַצאַלט ניט דין דאָקטער אָדער שפּיטאַל. זיינע רעכענונגען וועלן באַצאַלט זײַן בײַ דעם פֿאַרזיכערונג טרעגער אויב דין פֿאַל איז ניט דיספּיטעד. אויב דין פֿאַל איז דיספּיטעד, דעם דאָקטער אָדער שפּיטאַל דאַרף וואַרטן פֿאַר צאַלונג ביז דעם באַרד באַשלוס דין פֿאַל. אין די געשעעניש אַז דו פּראָקורירט ניט דין פֿאַל אָדער דעם באַרד באַשלוס קעגן דיר, דו וווסט דאַרפֿן באַצאַלן דעם דאָקטער אָדער שפּיטאַל.
3. דו ביסט אויך באַרעכטיקט צו זײַן אומגעקערט פֿאַר רפואות, קרוטששעס אָדער קיין אַפּאַראַט ריכטיק פֿאַרשרייבט בײַ דין דאָקטער און פֿאַר אויטאָ צאַלונגען אָדער אַנדערע נויטיקע הוצעות פֿון גיין און קומען פֿון דין דאָקטער אָפּיס אָדער דעם שפּיטאַל. (באַקומט קאַבאַלען פֿאַר די הוצעות)
4. דו ביסט באַרעכטיקט צו פֿאַרגיטיקונג אויב דין הפֿסד האַלט דיר פֿון אַרבעט פֿאַר מער ווי סײַבן טעג, צווינגט דיר צו אַרבעטן מיט דערנידעריקטע לוינען, אָדער דערפֿירט אין בלייביק דיסאַביליטי צו קיין טייל פֿון דין קערפּערשאַפֿט.
5. פֿאַרגיטיקונג איז באַצאַלט גלייך און אָן וואַרטן פֿאַר אַ באַוויליקונג, אחוץ ווען די קליינס איז דיספּיטעד.
6. געשעדיקטע אַרבעטער אָדער אָפּהענגיק פֿון פֿאַרשטאַרבענע אַרבעטער מעג זעלבסט-רעפּרעזענטירן אין ענינים מיט דעם באַרד אָדער מעגן האַלטן אַן אַדוואָקאַט אָדער ליצענצד רעפּרעזענטאַנט זײַ צו רעפּרעזענטירן. אויב אַן אַדוואָקאַט אָדער ליצענצד רעפּרעזענטאַנט איז דערהאַלטן, איר/זײַן אָפּצאַל פֿאַר געזעצלעכע באַדינונג וועלן איבערגעקוקט ווערן בײַ דעם באַרד אָדער פֿאַרזיכערונג קאַמפּאַניע פֿאַר קיין פֿעליק אַרגיטיקונג בענעפּיטס. געשעדיקט אָדער אָפּהענגיק אַרבעטער פֿון פֿאַרשטאַרבענע אַרבעטער דאַרפֿן ניט גלייך באַצאַלן גאַרניט צו דעם אַדוואָקאַט אָדער ליצענצד רעפּרעזענטאַנט וואָס רעפּרעזענטירט זיי אין אַ פֿאַרגיטיקונג פֿאַל.
7. אויב דו דאַרפֿסט הילף צוריקקומען צום אַרבעט, אָדער מיט משפּחה אָדער פֿינאַנשאַל פּראָבלעמען צוליב דין הפֿסד, קאַנטאַקטירט דעם אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג באַרד אָפּיס נאָענט צו דיר און בעט פֿאַר אַ רעהאַביליטאַטיון קאַנסעלַאַר אָדער סאַשאַל אַרבעטער.

די פֿאַרמע דאַרף זײַן אָנגעפֿילט בײַ שיקן עס גלייך צו דעם ווייטערדיקן אַדרעס:

New York State Workers' Compensation Board

Centralized Mailing

PO Box 5205

Binghamton, NY 13902-5205

קליענט באַדינונג - פֿריי טעלעפֿאָן נומער: 877-632-4996



WCB פֿאַל נומער (אויב דו קענסט עס):

צו קליימאַנט: אויב דו האָסט באַקומט באַהאַנדלונג פֿאַר אַ פֿריערדיקן פֿוסד אויף דעם זעלבן קערפער טייל אָדער פֿאַר אַ קראַנקייט ענלעך צו די באַשרייבט אין דיין גייק קליימ, אָנפֿילט די פֿאַרמע. די פֿאַרמע דערלויבט די געזונטערהייט אָפֿהיטונג צושטעלער אין די פֿאַלגנדיקע רשימה צו באַפֿרייען געזונטערהייט אָפֿהיטונג אינפֿארמאַציע וועגן דיין פֿריערדיקער פֿוסד/קראַנקייט צו דינער אַרבעטגעבער אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג פֿאַרזיכערער. די פֿעדעראַל HIPAA געזעץ (געזונטערהייט פֿאַרזיכערונג פֿאַרטאַביליטי און פֿאַראַנטוואָרלעכקייט אַקט פֿון 1996) זאָג אַז דו האָסט דעם רעכט צו באַקומען אַ קאָפּיע פֿון די פֿאַרמע. אויב דו פֿאַרשטייט ניט די פֿאַרמע, רעד מיט דיין געזעצלעך רעפּרעזענטאַנט. אויב דו האָסט ניט אַ געזעצלעך רעפּרעזענטאַנט, דעם אַדוואָקאַט פֿאַר די פֿוסדיקע אַרבעטער אין דעם אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג באַרד קען דיר העלפֿן. אָנקלינגט: 800-580-6665.

צו געזונטערהייט אָפֿהיטונג צושטעלער: אַ קאָפּיע פֿון די HIPAA-compliant באַפֿרייַונג דערלויבט אייך צו אַנטפּלעקן געזונטערהייט אינפֿארמאַציע. אויב דו שיקסט רעקאָרדס צו דעם אַרבעטגעבער אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג פֿאַרזיכערער אַז אַן ענטפֿער צו דעם באַפֿרייַונג, שיק אויך פֿאַסט קאָפּיעס צו דעם קליימאַנט געזעצלעך רעפּרעזענטאַנט. (אויב עס איז ניט דאָ קיין געזעצלעך רעפּרעזענטאַנט אין די ווייטערדיקע רשימה, שיק קאָפּיעס צום קליימאַנט). געזונטערהייט אָפֿהיטונג צושטעלער וואָס באַפֿרייען רעקאָרדס דאַרפֿן פֿאַלגן נוי יאַרק שטאַט געזעץ און HIPAA.

- די פֿאַרמע דערלויבט ניט דינער געזונטערהייט אָפֿהיטונג צושטעלער צו באַפֿרייען די פֿאַלגנדיקע מין אינפֿארמאַציע:
- HIV-באַצויגן אינפֿארמאַציע
- פּסיקאַטעראַפּיע באַמערקונגען
- אַלקאָהאָל/רפּואַה באַהאַנדלונג
- גייסטיק געזונטערהייט באַהאַנדלונג (סיידן איר טשעקן אונטן)
- מינדלעך אינפֿארמאַציע (איינער געזונטערהייט אָפֿהיטונג צושטעלער מעגן ניט דיסקוטירן איינער געזונטערהייט אָפֿהיטונג אינפֿארמאַציע מיט קיינער)

- דאָס באַפֿרייַונג איז:
- פֿרייוויליק. איינער געזונטערהייט אָפֿהיטונג צושטעלער (ס) דאַרפֿן דיר געבן דעם זעלבן אָפֿהיטונג, צאָלונג טערמינען און בענעפֿיטס, צי איר אונטערשרייבן אָדער ניט אונטערשרייבן די פֿאַרמע.
- באַגרענעצט. עס געב דינע געזונטערהייט אָפֿהיטונג צושטעלער דערלויבעניש צו באַפֿרייען בלויז יענע געזונטערהייט רעקאָרדס וואָס זיינען באַצויגן צו דעם פֿריערדיקער קראַנקייט/צושטאַנד איר באַשרייבן אונטן.
- דערוויליק. עס ענדיקט ווען דינער גייק קליימ פֿאַר פֿאַרגיטיקונג ווערט פֿעסטטיקט אָדער אומדערלויבט און אַלע אַפּעלירן זיינען אויסגעמאַטערט.
- באַטלעך. דו קענסט שטענדיק באַטל מאַכן די באַפֿרייַונג. כדי צו באַטל מאַכן, שיק אַ בריוו צו דעם געזונטערהייט אָפֿהיטונג צושטעלער אין די רשימה פֿון די פֿאַרמע. אויך, שיק אַ קאָפּיע פֿון איינער בריוו צו דיין אַרבעטגעבער אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג פֿאַרזיכערער און דעם אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג באַרד. באַמערקונג: דו קענסט ניט באַטל מאַכן די באַפֿרייַונג משום מעדיקאַל רעקאָרדס שוין צוגעשטעלט.
- בלויז פֿאַר רעקאָרדס. עס געב דינע געזונטערהייט אָפֿהיטונג צושטעלער אין די רשימה פֿון די פֿאַרמע דערלויבעניש צו שיקן קאָפּיעס פֿון דינע געזונטערהייט אָפֿהיטונג רעקאָרדס צו דינער אַרבעטגעבער אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג פֿאַרזיכערער.

קיין מעדיקאַל רעקאָרדס באַפֿרייַונג וועלן ווערן אַ טייל פֿון דיין אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג פֿיל און זיינען קאָנפֿידענציעל לויט די אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג געזעץ.

A. דיין אינפֿארמאַציע (קליימאַנט)

1. נאָמען: _____
2. סאָשאַל סעקורטי נומער: _____ - _____ - _____
3. פֿאַסט אַדרעס: _____
4. געבורט דאַטע: _____ / _____ / _____ 5. דאַטע פֿון איצטיקער פֿוסד/קראַנקייט: _____ / _____ / _____
6. איצטיקער פֿוסד/קראַנקייט, אַריינגענומען אַלע געשעדיקט קערפער טיילן: _____
7. דיין געזעצלעך רעפּרעזענטאַנט נאָמען און אַדרעס (אויב עס איז דאָ): _____

טשעק דאָ אויב דו דערלויבסט דינע געזונטערהייט אָפֿהיטונג צושטעלער צו באַפֿרייען גייסטיק געזונטערהייט אָפֿהיטונג אינפֿארמאַציע.

B. דינע געזונטערהייט אָפֿהיטונג צושטעלער (מאָך אַ רשימה פֿון אַלע געזונטערהייט אָפֿהיטונג צושטעלער וואָס האָבן אייך באַהאַנדלט פֿאַר אַ פֿריערדיקער פֿוסד צו די זעלבע קערפער טייל אָדער ענלעך קראַנקייט. אויב מער ווי 2 צושטעלער צופֿעסטטיקט זיין קאָנטאַקט אינפֿארמאַציע צו די פֿאַרמע).

1. צושטעלער: _____ 2. טעלעפֿאָן נומער: _____ ()
3. פֿאַסט אַדרעס: _____
4. אַנדערער צושטעלער (אויב עס איז דאָ) _____ 5. טעלעפֿאָן נומער: _____ ()
6. פֿאַסט אַדרעס: _____

C. ליענט און אונטערשרייבט אונטן. איך בעט אַז די געזונטערהייט אָפֿהיטונג צושטעלער פֿאַרשריבן אויבן צו געבן מיין אַרבעטגעבער אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג פֿאַרזיכערער קאָפּיעס פֿון אַלע געזונטערהייט אָפֿהיטונג רעקאָרדס באַצויגן צו קיין פֿריערדיקער פֿוסד/קראַנקייט, צו אַלע קערפער טיילן, באַשרייבט אויבן.

קליימאַנט אונטערשריפט (בלויז טינט -- נוצן בלוי באַלפּוינט פֿעדער, אויב מעגלעך) _____ דאַטע _____

אויב דעם קליימאַנט קענט ניט אונטערשרייבן, דעם פּערזאָן וואָס אונטערשרייבט פֿאַר/ע/זי דאַרפֿן אָנפֿילן און אונטערשרייבן אונטן: _____ דאַטע _____

דיין נאָמען _____ באַצויגן מיטן קליימאַנט _____ אונטערשריפט _____ (בלויז טינט -- נוצן בלוי באַלפּוינט פֿעדער, אויב מעגלעך) _____ דאַטע _____

C-3.1

שטאַט פֿון ניו יאָרק אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג באַרד

באַמערקונג פֿון רעכט צו אַויסקלייבן אַן אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג באַרד אויטאָריזירט געזונטערהייט אָפּהייטונג צושטעלער

געשעדיקט אַרבעטער נאָמען	געשעדיקט אַרבעטער סאַשאַל סעקורטי נומער	דאַטע פֿון צופֿאַל
אַרבעטגעבער נאָמען און אַדרעס		

צו דעם געשעדיקט אַרבעטער:

פֿאַר דעם באַהאַנדלונג פֿון דיין אַרבעט-באַצויגן הפֿסד אָדער קראַנקייט, דו קענסט אַויסקלייבן קיין דאַקטער, פֿאַדיאַטריסט, קיראָפּראַקטאָר אָדער סייקאָלאָגישע (אויף פֿאַררופֿן פֿון אַן אויטאָריזירט דאַקטער) וואָס איז אויטאָריזירט בײַ דעם אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג באַרד און וואָס אָננעמט אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג פֿאַציענטן.

דערווייל דו קלייבסט אויס צו ניצן אַ נעץ אָדער צושטעלער וואָס איז רעקאָמענדירן בײַ דינער אַרבעטגעבער אָדער זײַן אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג פֿאַרזיכערונג טרעגער אָדער צו דערלויבן דיין אַרבעטגעבער צו אַויסקלייבן אַ צושטעלער פֿאַר דיר, דו קענסט שטענדיק בײַטן דיין געזונטערהייט אָפּהייטונג צושטעלער אַן שטעלן אין אַ סכּנה דיין אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג קליים פֿאַר בענעפֿיטס.

דאַטע

אונטערשריפט פֿון עדות

אונטערשריפט פֿון געשעדיקט אַרבעטער דאַטע

ביטע באַמערקט: עס איז ניט נויטיק פֿאַר דיר צו אונטערשריבן דעם צושטימונג פֿאַרמע אויב דיין אַרבעטגעבער (i) באַטייליקט אין אַ באַשטעטיקט צושטעלער אָרגאַניזאַציע (PPO) לויט אַרטיקל 10-A פֿון די אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג געזעץ, אָדער (ii) באַטייליקט אין די אַלטערנאַטיוו דיספּיוט החלטה (ADR) פּילאָט פּראָגראַם לויט אָפּטיילונג 25(2-c) פֿון דעם אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג געזעץ. אין צוזאַמענהאַנג מיט די געזעצלעכע פּראָגראַמען, אחוץ אין נויטפֿאַל סיטואַציעס, דו דאַרפֿסט לפחות באַקומען ערשטער באַהאַנדלונג פֿאַר קיין אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג הפֿסד אָדער קראַנקייט פֿון דעם באַשטעטיקט נעץ פֿון צושטעלער באַשטימט בײַ דיין אַרבעטגעבער.

צו דעם אַרבעטגעבער:

דעם אַרבעטגעבער דאַרף צושטעלן דעם אויבן געהייסט אַרבעטער מיט אַ קאָפּיע פֿון דעם אונטערגעשריבענע פֿאַרמע און דאַרף פֿאַרהוילן די אָריגינעל פֿאַרמע אין דעם אַרבעטער רעקאָרד אָוווּ עס מעג ווערן שטענדיק איבערקעקוקט בײַ דעם אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג באַרד. די פֿאַרמע דאַרף ניט זײַן פֿאַרגעלייגט צו דעם אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג באַרד נאָר עקזעקוטעד איידער די געשעעניש פֿון דעם אַרבעטער אַרבעטן-באַצויגן הפֿסד אָדער קראַנקייט.

די אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג באַרד געב אַרבעט און דינט מענטשן מיט דיסאַביליטיס אַן דיסקרימינאַציע



שטאַט ניו יאָרק פֿאַרזיכערונג פֿאַנד פֿאַרוואַלטונג פֿון אַפטייק-בענעפֿיט

דער שטאַט ניו יאָרק פֿאַרזיכערונג פֿאַנד (NYSIF) גיט אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג פֿאַרזיכערונג צודעק צו אַייער אַרבעטגעבער פֿאַר פֿאַך-שאַדן אָדער קראַנקייטן פֿון אַנגעשטעלטער. דער פּלאַן נעמט אַרײַן אַ נעץ פֿון מער ווי 67,000 אַנטיילנעמענדיקע אַפטייקן ווי אַן גרינגער און באַקוועמער אופֿן פֿאַר אַיך צו נוצן מעדיצינישע רעצעפטן. אויב איר מע האָט אַיך פֿאַרגעשריבן מעדיצינען פֿאַר אַ פֿאַך-שאַדן אָדער קראַנקייט, מוזט ער זײַן באַנוצט אין אַן אַפטייק אין דעם CareComp אַפטייק-נעץ. NYSIF

שטעלט אויך צו אַ "קורץ-פֿילונג" באַדינונג, וואָס ערלויבט אַיך צו באַקומען אַפטייק בענעפֿיטס, אפילו פֿאַר דעם ווי אַייער תביעה איז אַנגענומען געוואָרן. כאָטש מיר זענען נישט מחויב צוצושטעלן דעם בענעפֿיט, מיר ווילן אַיך העלפֿן גובר זײַן דורך די ערשטע, שווערע טעג נאָך אַייער פֿאַך-שאַדן אָדער קראַנקייט דורך פֿאַרשלאַגן אַ באַגרענעצטן נומער פֿון רעצעפט-מעדיצין בענעפֿיטס וואָס קענען זײַן באַנוצט אין דעם CareComp אַפטייק-נעץ.

זײַט אַזוי גוט און באַנוצט דעם פֿאַרעם אויף די פֿאַרקערטו זײַט פֿון דעם זײַט - "אַרבעטערס פֿאַרגיטיקונג צײַטווייליק רעצעפט-באַדינונגס אידענטיפֿיקאַציע" - צו באַנוצן רעצעפטן אין אַבי וואָסער אַנטיילנעמענדיקן אַפטייק. צו דערגאַנצן דעם פֿאַרעם זײַט אַזוי גוט:

טרעט 1: בעט אַייער אַרבעטגעבער אויסצופֿילן זײַן געשעפט-נאָמען און פֿאַליס-נומער.

טרעט 2: דערגאַנצט דעם רעשט פֿון דעם פֿאַרעם מיט אַייער תביעה און פֿאַרבינדונג-אינפֿאַרמאַציע.

טרעט 3: ברענגט דעם דערגאַנצטן פֿאַרעם און רעצעפט צו אַ אַפטייק אין דעם CareComp אַפטייק-נעץ.

טרעט 4: אין 10 טעג אַרום פֿון דעם באַשטעטיקטן צופֿאַל, וועט איר באַקומען אַ פֿאַקאַט פֿון CVS Caremark. דער פֿאַקאַט פֿולל אַ פֿערמאַנאַנטן אידענטיפֿיקאַציע-קאַרטל וואָס זאָל זײַן באַנוצט ווען מען באַנוצט רעצעפטן פֿאַר פֿאַך-שאַדן אָדער קראַנקייט.

איר קענט געפֿינען היגע אַנטיילנעמענדיקע אַפטייקן דורך באַזוכן www.wcrxpharmacylocator.com אָדער דורך רופֿן די 24-שעהדיקע פֿאַציענט-זאַרג ליניע אויף **(866) 493-1640**.

אויב איר האָט פֿראגעס אָדער איר דאַרפֿט הילף, זײַט אַזוי גוט באַזוכט www.nysif.com/networkbenefits אָדער פֿאַרבינדט זיך מיט (888) 875-5790 NYSIF



**ארבעטער פאָרגיטיקונג צייטווייליקע רעצעפט-באָדינונגען אידענטיפיקאַציע וויכטיקע
אינפֿארמאַציע**

מערקט אויף, פֿאַרווונדעטער ארבעטער

דער ארבעטער פֿאַרגיטיקונג צייטווייליקע רעצעפט-באָדינונגען פֿאַרעם מוזט זיין פרעזענטירט צו אייער אָפטייקער ווען איר באַנוצט אייער ערשטן רעצעפט(ן). אויב איר האָט פֿראַגעס אָדער דאַרפֿט געפֿינען אַן אַנטיילנעמענגיקן אָפטייק, זייט אַזוי גוט פֿאַרבינדט זיך מיט CVS Caremark קונים-באָדינונג אויף 1-866-493-1640.

CVS Caremark: 1-866-493-1644 / ארבעטגעבער - ווען דער פֿאַרעם איז דערגאַנצט געוואָרן, פֿאַקסירט אים צו 1-866-493-1644

די תובע'ס אינפֿארמאַציע וועט זיין מוסיף דורך CVS Caremark צו לאָזן מעדיצינען צו ווערן פֿראַצעסירט. די אינפֿארמאַציע קענט מען אויך צושטעליך טעלעפֿאָניש דורך רופֿן 1-866-493-1640.

<p align="center">שטאַט ניו יאָרק פֿאַרזיכערונג פֿאַנד</p> <p align="center">מערקט אויף: אלע נומערן אונטן מוזן דערגאַנצט זיין.</p> <p>נאָמען פֿון דעם ארבעטגעבער:</p> <p>_____</p> <p>NYSIF ארבעטער פֿאַרגיטיקונג פֿאַליס נומער פֿון דעם ארבעטגעבער:</p> <p>_____</p> <p>דאַטע פֿון שאַדן: _____ / _____ / _____ (יי / טט / חח)</p> <p>געבורטסשטאַג פֿון דעם פֿאַרווונדעטן ארבעטער:</p> <p>_____ / _____ / _____ (יי / טט / חח)</p> <p>סאַסיאַל-פֿאַזיכערונג-נומער פֿון דעם פֿאַרווונדעטן ארבעטער:</p> <p>_____</p> <p>בלויז. פֿאַר הילף רופֿט CVS Caremark הילף-טיש:</p> <p>_____</p>	<p align="center">גרופע #: NYSIF</p> <p align="right">נאָמען פֿון דעם פֿאַרווונדעטן ארבעטער:</p> <p>_____</p> <p align="center">ערשטער מיטלער לעצטער</p> <p align="right">אדרעס פֿון דעם פֿאַרווונדעטן ארבעטער:</p> <p>_____</p> <p align="right">גאַס</p> <p>שטאַט, שטאַט, זיפֿקאָד</p> <p>_____</p> <p>הילף-טיש: דאָס איז אַ POS פֿראַגראַם דורך CVS Caremark בלויז. פֿאַר הילף רופֿט CVS Caremark הילף-טיש: 866.493.1640</p>
---	--

מערקט אויף, אָפטייקער:

NYSIF'ס רעצעפט-פֿראַגראַם איז אַדמינאַסטרירט דורך CVS Caremark. זייט אַזוי גוט פֿאַלגט נאָך די טריט אונטן אריינשרייבנדיק די תביעה. די טריט זיינען נויטיק צו פֿאַרלייגן אַ רעצעפט פֿאַר NYSIF תובעים.

שרייבט אַריין דעם נומער Bin 610235	טרעט 1
שרייבט אַריין PCN: WRK	טרעט 2
אידענטיפיקאַציע: סאַסיאַל-פֿאַזיכערונג-נומער פֿון דעם פֿאַרווונדעטן ארבעטער	טרעט 3

דאַרפט הילף?

אָפטייקער, אויב איר האָט פֿראַגעס בשעת פֿראַצעסירן די תביעה, זייט אַזוי גוט רופֿט דעם CVS Caremark הילף-טיש: 1-866-493-1640.

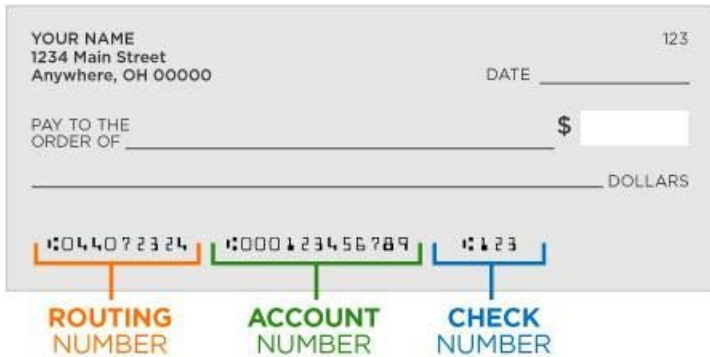
דירעקטער איינצאל שטאט ניו יארק פארזיכערונג פאנד

פארשרייבט זיך אגליין אויף: nysif.com/directdeposit

NYSIF לייג פאר דירעקטן איינצאל פאר תובעים צו באקומען ארבעטער פארגיטיקונג בענעפיטס. אין צוזאמענארבעט מיט אייער פינאנציעלער אינסטיטוציע, NYSIF קענט צאלן בענעפיטס-אפצאלן גלייך צו אייער באנקקאנטע.

באדערפענישן פאר מין פון קאנטע

קלייבט נאר איין קאנטע: **טשעקקאנטע** אדער **שפארקאנטע**. דערגאנצט אלע אינפארמאציע אויף דעם דירעקטן איינצאל פארעם, אריינגערעכנט אייער באנק רוטינג נומער און קאנטענומער (זעט משל). פארבינדט זיך מיט אייער אויב איר דארפט הילף.



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

בטל מאכן

דער הסכם בלייבט זיין אין קראפט ביז מען אים בטל מאכט. כדי צו בטל מאכן אייער הסכם, באזוכט nysif.com, פארשרייבט זיך ווי א תובע און קלייבט דעם אפציע "בטל מאכן דעם אבאנעמענט". נאך דערצו, קענט איר בטל מאכן דורך פארבינדן זיך מיט אייער NYSIF קאסע-פארוואלטער אויף nysif.com דורך ניצן אונדזער שנעלע לינקס צו "געפינען מײן קאסע-פארוואלטער". דער דער הסכם קענט אויך זיין בטל געמאכט דורך NYSIF אדער דורך אייער פינאנציעלער אינסטיטוציע. אין ביידע פאלן, איר וועט באקומען פאלגענדיקע טשעקן אין פאסט. בטל מאכן קען נעמען דריי וואכן.

ענדערונגען צו אייער קאנטע

איר זייט פאראנטווארטלעך פאר לאזן NYSIF צו טיסן אויב עס זענען אב וואסערע ענדערונגען אין אייער באנקקאנטע-אינפארמאציע (ענדערונג פון קאנטע-נומער, פינאנציעלע אינסטיטוציע, וכד'). לאזט NYSIF צו וויסן דורך פארלייגן א נייע דירעקטער איינצאל-אפליקאציע, בנימצא אויף nysif.com.

אויב איר טוישט קאנטעס אדער פינאנציעלע אינסטיטוציע, זאלט איר האלטן אייער אלטע קאנטע ביז אייער נייע קאנטע באקומט אייער קומענדיקן דירעקטער איינצאלן-אפצאל. אויב דער אלטע קאנטע איז נישט געהאלט, קענט איר אדורכלעבן אן אפלייג פון צאלונגן ביז אייער נייע דירעקטער איינצאל דערלויבעניש קומט צו זיין אין קראפט.

פעריאדישע וועריפיקאציע

NYSIF קענט זיך מיט אייך צו פארבינדן פון מאל צו צאל כדי צו באשטעטיקן אינפארמאציע וועגן אייער דירעקטער איינצאל קאנטע. אויב די באצאלטער איז ניט לעבעדיק, לאזט NYSIF צו וויסן גלייך.



ניו יארק סטעיט אינשורענס קאסע דירעקט דעפאזיט אויטאריזאציע אפליקאציע

צו באקומען דירעקט דעפאזיט פאר בענעפיטן, פילט אויס דעם בויגן אינגאנצן און שיקט עס צוריק צו די אדרעס אונטן. פאר מער אינפארמאציע איבער אייערע רעכטן אין פארבינדונג מיט דירעקט דעפאזיט, גייט צו nysif.com/directdeposit. אלע קעסטלעך דארפן אויסגעפילט ווערן כדי זיך איינצושרייבן פאר דירעקט דעפאזיט.

נאמען (ערשטע, מיטעלע, לעצטע): NYSIF אבייטער'ס פארגוטיגונג קלעים נומער:

היים אדרעס (נוצט נישט א PO באקס):

סיטי: סטעיט: זיפ קאוד:

אימעיל אדרעס: טעלעפאן:

לייגט אריין אלע אינפארמאציע, אריינרעכענענדיג אייער אקאונט נומער און באנק ראָוטינג נומער. פארבינדט אייך מיט אייער פינאנציעלע אינסטיטוציע אויב איר דארפט הילף אויסצופילן די טייל. פרייוויליג: אויב איר ווילט צוטיילן אייערע באצאלונגען צווישן צוויי באנק אקאונטס, פילט אויס ביידע באנק אינפארמאציע טיילן. די פראצענטן וויאזוי עס זאל צוטיילט ווערן צווישן די אקאונטס דארפן זיין צוזאמען 100% (צום ביישפיל, 75% אין אקאונט #1 און 25% אין אקאונט #2). אויב אין סיי וועלכע צייט ווערט אייער באנק אקאונט נישט אוועילעבעל, וועט די סומע וואס דארף געצאלט ווערן געשיקט ווערן דורך א פאפירענע טשעק.

דירעקט דעפאזיט אקאונט #1 (וועהלט אויס אדער טשעקינג אדער סעווינגס): טשעקינג סעווינגס צוטיילונג _____ % פון טשעק

נאמען פון פינאנציעלע אינסטיטוציע

ראוטינג # אקאונט #

דירעקט דעפאזיט אקאונט #2 (וועהלט אויס אדער טשעקינג אדער סעווינגס): טשעקינג סעווינגס צוטיילונג _____ % פון טשעק

נאמען פון פינאנציעלע אינסטיטוציע:

ראוטינג # אקאונט #

דעפאזיטער/באצאלטער באשטעטיגונג און אויטאריזאציע

מיטן אונטערשרייבן דעם בויגן, אויטאריזיר איך די NYSIF צו מאכן דירעקטע באצאלונגען צו די פינאנציעלע אינסטיטוציע(ס) אויסגערעכנט אויבן צו דעפאזיטעד ווערן אין די דעזיגנירטע אקאונט(ס). איך באשטעטיג אז איך בין בארעכטיגט צו באקומען די פארבינדענע פארגוטיגונג באצאלונגען אדער סעטלמענט באצאלונגען, און די אומשטענדן וואס בארעכטיגן מיר צו באקומען בענעפיטס פון NYSIF האבן זיך נישט געטוישט. אין פאל וואס אומשטענדן וועלכע וואלטן אפעקטירט אויב איך בין בארעכטיגט צו באקומען באצאלונגען האבן זיך געטוישט, מוז איך איינמעלן די NYSIF. איך פארשטיי אז צו אפלייען פאר דירעקט דעפאזיט, מוז איך איבערגעבן אן אימעיל אדרעס. מיטן אריינגעבן דעם אפליקאציע, שטים איך צו צו באקומען עלעקטראנישע מעלדונגען אויף די איבערגעגעבענע אימעיל אדרעס.

אונטערשריפט: דאטום:

שיקט אויסגעפילטע אפליקאציע צו:

NYSIF
PO Box 66699
Albany, NY 12206