



Вы получили травму на работе. Что делать дальше?

Если вы получили производственную травму или вас развилось профзаболевание, вы можете соответствовать критериям для получения компенсационных выплат. Возможно, вы уже получили необходимое лечение. Если этого еще не произошло, обратитесь за медицинской помощью как можно скорее.

За помощью с подачей заявления обратитесь к **Совету по компенсациям работникам (Workers' Compensation Board)** по номеру **(877) 632-4996**.

Ваши обязанности

- Вы обязаны уведомить своего работодателя в письменной форме о том, когда, где и как вы получили травму. Сделайте это как можно скорее не позднее 30 дней после получения травмы.
- Сообщите своим поставщикам медицинских услуг о том, что вы получили производственную травму, а также сообщите им имя и фамилию своего работодателя. Не оплачивайте лечение и не пользуйтесь медицинской страховкой. Ваш поставщик медицинских услуг передаст Совету, вашему работодателю или его страховой компании медицинские отчеты. Если ваш случай будет оспорен, Совету понадобится медицинский отчет о вашей травме, чтобы рассмотреть ваше заявление.
- Вам следует подать **Employee Claim** (Заявление работника, форма C-3R) о своей травме в Совет как можно скорее (вы должны уведомить Совет о своей травме или болезни в течение двух лет). Если вы уже повреждали пострадавшую часть тела или страдали от похожего заболевания в прошлом, вам также следует предоставить **Limited Release of Health Information** (Ограниченное разрешение на предоставление информации о состоянии здоровья, форма C-3.3R).

Два способа подать заявление

Посетите сайт wcb.ny.gov и выберите **File a Claim** (Подать заявление).

Заполните приложенные бумажные формы и отправьте Совету.

Если у вас возникнут вопросы о подаче Заявления работника (форма C-3R), позвоните по номеру **(877) 632-4996**, и представитель Совета поможет вам.

Счета за медицинское обслуживание и дорожные расходы

Не платите своему поставщику медицинских услуг или больнице за лечение вашей травмы/болезни. Эти счета оплачиваются страховой компанией, если только Совет признает ваше заявление недействительным. Если ваш случай будет оспорен, счета поставщиков медицинских услуг будут оплачены, если Совет примет решение в вашу пользу. *Однако, если Совет примет решение не в вашу пользу, или же если вы решите не отстаивать свое дело, вы будете должны оплатить счета поставщика медицинских услуг или больницы самостоятельно (или направить их в свою страховую компанию).*

Компенсационная страховка вашего работодателя на случай производственной травмы или профзаболевания покрывает расходы на необходимые медицинские препараты и оборудование, предписанные вашим поставщиком медицинских услуг. Вам также могут возместить расходы на бензин, проезд на общественном транспорте или другие необходимые дорожные расходы, связанные с лечением. Убедитесь, что у вас есть чеки, подтверждающие понесенные вами расходы, и передайте их в страховую компанию вашего работодателя с помощью **Claimant's Record of Medical and Travel Expenses and Request for Reimbursement** (Журнала медицинских и транспортных расходов заявителя и запроса на компенсацию, форма C-257R).

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ЗАЯВИТЕЛЯ

В целом вы можете выбрать любого поставщика медицинских услуг при условии, что этот поставщик утвержден Советом. Вы можете найти утвержденного поставщика медицинских услуг в своем районе с помощью функции **Find a Doctor** («Поиск врача») на веб-сайте Совета **wcb.ny.gov**. Вы также можете обратиться в клинику на профессиональной гигиены. Однако если у страховой компании вашего работодателя есть предпочитаемая организация-поставщик медицинских услуг (Preferred Provider Organization, PPO) для лечения производственных травм сотрудников, вы должны обратиться за первоначальным лечением к поставщику из предпочитаемой сети. Если у этой страховой компании также есть своя аптека или сеть диагностических центров, вы должны обслуживаться именно в этих сетях. Страховая компания обязана сообщить вам о требуемых сетях поставщиков и рассказать, как пользоваться их услугами.

Компенсация потерянной заработной платы

Вы имеете право на незамедлительную компенсацию части потерянной заработной платы, если ваша травма имеет какие-либо из следующих последствий:

1. Вы не можете вернуться к работе в течение более чем семи дней.
2. Какая-либо часть вашего тела неизлечимо пострадала.
3. Ваша заработная плата стала меньше, потому что теперь вы работаете меньше часов или выполняете другую работу.

Вы можете обратиться к адвокату или лицензированному представителю за помощью с вашим заявлением, однако это не обязательно. Совет устанавливает стоимость своих услуг, и эта сумма будет вычтена из вашей компенсации за потерянную заработную плату. Вы или ваши родственники не должны напрямую платить вашему адвокату или лицензированному представителю.

Если ваш случай будет оспорен, вы можете получать пособие по инвалидности во время слушания вашего дела. Чтобы получить **Notice and Proof of Claim for Disability Benefits** (уведомление и подтверждение заявления на получение пособия по инвалидности, форма DB-450R), посетите веб-сайт **wcb.ny.gov**, позвоните в Совет, чтобы обратиться за помощью, или придите в офис Совета. Если решение по делу будет принято в вашу пользу, пособие по безработице будет вычтено из компенсации потерянной заработной платы.

Помощь рядом

Иногда для того чтобы возобновить работу, нужна помощь. Ваш работодатель может предложить вам альтернативные или более простые задания, которые вы сможете выполнять в период восстановления. Травма также может привести к трудностям в семье и финансовым проблемам. В Совете есть консультанты по профессиональной реабилитации и социальные работники, готовые помочь вам. Позвоните в Совет, чтобы получить более подробную информацию о доступных услугах или необходимую вам помощь.

Если вы беспокоитесь о зависимости от опиоидных обезболивающих препаратов, позвоните на горячую линию Управления штата Нью-Йорк по борьбе с алкогольной и наркотической зависимостью (NYS OASAS HOPELine) по номеру **877-8-HOPENY (877-846-7369)**.

Что дальше?

Если ваше заявление будет принято, ваш работодатель или его поставщик компенсационного страхования свяжется с вами. Когда это произойдет, будут оплачены счета ваших поставщиков медицинских услуг и начнется выплата компенсации потерянной заработной платы. Если ваш случай будет оспорен, Совет уведомит вас о решении по делу и при необходимости может потребовать у вас предоставить дополнительную информацию.

ВАЖНАЯ КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Совет по компенсациям
работникам, включая пособие
по инвалидности

(877) 632-4996

general_information@wcb.ny.gov

wcb.ny.gov



Программа Совета eCase позволяет вам просматривать содержимое папки вашего дела онлайн. Чтобы ознакомиться с общей информацией или зарегистрироваться в eCase, посетите веб-сайт Совета: wcb.ny.gov.



**Workers'
Compensation
Board**



Заполните эту форму заявления на получение компенсационных выплат работникам за производственные травмы или профессиональные заболевания. Напечатайте или аккуратно напишите печатными буквами. Данную форму можно также заполнить на сайте www.wcb.ny.gov.

№ дела УПРАВЛЕНИЯ ПО КОМПЕНСАЦИЯМ (если известен): _____

A. СВЕДЕНИЯ О ВАС (работнике)

1. ФИО: _____ 2. Дата рождения: _____ / _____ / _____
Имя Отчество Фамилия
3. Почтовый адрес: _____
Дом, улица / а/я Город Штат Почтовый индекс
4. № социального страхования: _____ 5. Телефон: (____) _____ 6. Пол: ☐ Мужской ☐ Женский
7. Потребуется ли вам переводчик в случае необходимости вашего присутствия на слушаниях Управления? ☐ Да ☐ Нет Если да, то какой язык?

B. ВАШ(И) РАБОТОДАТЕЛЬ(И)

1. Работодатель при получении травмы: _____ 2. Телефон: (____) _____
3. Ваш рабочий адрес: _____
Дом, улица Город Штат Почтовый индекс
4. Дата поступления на работу: _____ / _____ / _____ 5. ФИО вашего руководителя: _____
6. Назовите имена/адреса других работников, работавших во время получения вами травмы/заболевания: _____

7. Потеряли ли вы рабочее время на какой-либо другой своей работе в результате травмирования/заболевания? ☐ Да ☐ Нет

C. ВАША ДОЛЖНОСТЬ на момент получения травмы/заболевания

1. Название должности и описание трудовых обязанностей. _____
2. Какого рода действия вы обычно выполняли на работе? _____

3. Какая у вас была работа? (отметьте один вариант) ☐ Полный рабочий день ☐ Неполный рабочий день ☐ Сезонная работа
☐ Работа на добровольных началах ☐ Другое: _____
4. Сколько составляла ваша заработная плата до вычетов налогов за платежный период? _____ 5. Как часто вам платили? _____
6. Получали ли вы жилье или чаевые в дополнение к вашей заработной плате? ☐ Да ☐ Нет Если да, то поясните: _____

D. ВАША ТРАВМА ИЛИ БОЛЕЗНЬ

1. Дата получения травмы или дата начала болезни: _____ / _____ / _____ 2. Время получения травмы: _____ ☐ AM (утра) ☐ PM (вечера)
3. Где получена травма/болезнь? (например, Мейн-Стрит, д.1, Поттерсвилль, у входной двери) _____

4. Были ли это вашим обычным местом работы? ☐ Да ☐ Нет Если нет, то почему вы оказались в том месте? _____

5. Что вы делали, когда получили травму или заболели? (например, разгружали грузовик, печатали отчет) _____

6. Как получена травма/болезнь? (например, споткнулся о трубу и упал на пол) _____

7. Дайте полное описание характера вашей травмы/болезни, перечислите поврежденные части тела (например, вывихнутая левая лодыжка и порез на лбу): _____

ВАШИ ФИО: _____
Имя Отчество Фамилия

ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ ТРАВМЫ/БОЛЕЗНИ: ____/____/____

D. ВАША ТРАВМА ИЛИ БОЛЕЗНЬ (продолжение)

8. Была ли травма/болезнь вызвана воздействием какого-либо объекта (например, вилочный погрузчик, молоток, кислота)?
☐ Да ☐ Нет Если да, то какого? _____
9. Была ли травма вызвана в результате использования зарегистрированного транспортного средства или управления им? ☐ Да ☐ Нет
Если да, то укажите регистрационный номер ☐ вашего ТС ☐ ТС работодателя ☐ другого ТС ☐ (если известен): _____
Если в этом участвовало ваше ТС, укажите название и адрес страховщика вашего ТС: _____
10. Сообщили ли вы вашему работодателю (или непосредственному руководителю) о травме/болезни? ☐ Да ☐ Нет
Если да, то укажите, кому вы сообщили: _____ ☐ устно ☐ в письменном виде Дата вашего сообщения: ____/____/____
11. Видел ли кто-нибудь, как вы получили травму? ☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно Если да, укажите имена: _____

E. ВОЗОБНОВЛЕНИЕ РАБОТЫ

1. Прекратили ли вы работу из-за вашей травмы/болезни? ☐ Да, с какой даты? ____/____/____ ☐ Нет, перейти к разделу F.
2. Вы возобновили работу после этого? ☐ Да ☐ Нет Если да, то с какой даты? ____/____/____
☐ обычные обязанности ☐ ограниченные обязанности
3. Если вы возобновили работу, на кого вы сейчас работаете? ☐ На того же работодателя ☐ На нового работодателя ☐ На себя
4. Сколько составляет ваша заработная плата до вычетов налогов за платежный период? _____
Как часто вам платят? _____

F. МЕДИЦИНСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДАННОЙ ТРАВМЫ ИЛИ БОЛЕЗНИ

1. Когда вам впервые оказали медицинскую помощь? ____/____/____ ☐ Не оказывали (перейти к вопросу F-5)
2. Вам оказали медицинскую помощь на месте работы? ☐ Да ☐ Нет
3. Где вам впервые оказали медицинскую помощь при вашей травме/болезни за пределами места работы? ☐ не оказывали
☐ В пункте скорой помощи ☐ В кабинете врача ☐ В клинике/больнице/пункте неотложной помощи ☐ Пребывание в больнице более 24 часов
Наименование и адрес учреждения, где вам впервые оказали медицинскую помощь: _____ Телефон: (____) _____
4. Вы все еще проходите курс лечения данной травмы/болезни? ☐ Да ☐ Нет
Назовите имена и адреса врачей, лечивших данную травму/болезнь: _____ Телефон: (____) _____
5. Ранее имели место другие повреждения этой же части тела или подобное заболевание? ☐ Да ☐ Нет
Если да, то вас лечил врач? ☐ Да ☐ Нет Если да, то укажите имена и адреса лечивших вас врачей (врача) и **ЗАПОЛНИТЕ ФОРМУ С-3.3 И ПЕРЕДАЙТЕ ВМЕСТЕ С НАСТОЯЩИМ ЗАЯВЛЕНИЕМ:**

6. Была ли предыдущая травма/болезнь связана с работой? ☐ Да ☐ Нет
Если да, то работали ли вы у того же работодателя, что и сейчас? ☐ Да ☐ Нет

Настоящим я предъявляю требования о выплате мне пособий по Закону о компенсациях работникам. Моя подпись подтверждает, что предоставленная мной информация является достоверной и точной в меру моих знаний и убеждений.

Любое лицо, которое сознательно и С ЦЕЛЬЮ ОБМАНА предоставляет, добивается предоставления или подготавливает любую информацию, содержащую любое ЛОЖНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ ПО СУЩЕСТВУ или скрывающую любой существенный факт, зная или полагая, что такая информация будет предоставлена страховщиком или страховщику, или самостраховщиком / самостраховщику, СЧИТАЕТСЯ ВИНОВНЫМ В ПРЕСТУПЛЕНИИ, за совершение которого предусмотрены значительные ШТРАФЫ И ТЮРЕМНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Подпись работника: _____ ФИО печатными буквами: _____ Дата: ____/____/____
От лица работника: _____ ФИО печатными буквами: _____ Дата: ____/____/____

Физическое лицо может ставить подпись от лица работника, только если он или она уполномочены на это законом и работник является несовершеннолетним, невенчаемым или нетрудоспособным.

В меру моих знаний, информации и убеждений, сформировавшихся после проведения расследования, целесообразного сложившимся обстоятельствам, я удостоверяю, что утверждения и другие факты, заявленные выше, подтверждены доказательствами или, вероятно, будут подтверждены доказательствами при обоснованной возможности дальнейшего расследования или представления документов.

Подпись адвоката/представителя (если таковой имеется): _____ Дата: ____/____/____
ФИО печатными буквами: _____ Звание: _____

Идентификационный номер, если имеется: R _____ № лицензии для лицензированного представителя: _____ Срок действия: ____/____/____

Инструкция по заполнению формы С-3 «Заявление работника»

Заполните данную форму и направьте в ваш окружной отдел Управления по компенсациям работникам, чтобы подать заявление на выплату компенсации. Адреса указаны в конце инструкции. Если вам требуется помощь в заполнении данной формы, свяжитесь с Управлением по компенсациям работникам по телефону 1-877-632-4996. Вы также можете заполнить эту форму на сайте: [http:// www.wcb.ny.gov/](http://www.wcb.ny.gov/)

Если у вас нет или вы не знаете номер вашего дела в Управлении по компенсациям работникам, оставьте эту графу пустой. Он не требуется для обработки вашего заявления. Не забудьте указать ваше имя и дату получения травмы/болезни в верхней части страницы 2.

Раздел А – Сведения о вас (работнике):

- Пункт 1:** Напишите ваше имя полностью, включая имя, инициал отчества и фамилию.
- Пункт 2:** Укажите дату рождения в формате месяц/день/год. Укажите год четырьмя цифрами.
- Пункт 3:** Укажите ваш почтовый адрес, включая абонентский ящик, если необходимо, город или поселок, штат и почтовый индекс.
- Пункт 4:** Впишите ваш номер социального страхования. Это очень важно, чтобы ускорить обработку вашего заявления.
- Пункт 5:** Укажите основной контактный номер телефона, включая код региона. Здесь можно указать номер сотового телефона.
- Пункт 6:** Укажите ваш пол (мужской или женский).
- Пункт 7:** Слушания в Управлении проводятся на английском языке. Если вам потребуется переводчик для понимания процесса, Управление вам его предоставит. Отметьте вариант «Да» и укажите необходимый язык.

Раздел В – Ваш работодатель(и):

- Пункт 1:** Укажите работодателя, на которого вы работали, когда получили травму или заболели.
- Пункт 2:** Укажите номер телефона этого работодателя - основной контактный номер или номер вашего непосредственного руководителя.
- Пункт 3:** Укажите почтовый адрес вашего работодателя, включая абонентский ящик, если необходимо, город или поселок, штат и почтовый индекс.
- Пункт 4:** Укажите дату поступления на работу к этому работодателю.
- Пункт 5:** Укажите имя вашего непосредственного руководителя, которому вы подчиняетесь на постоянной основе.
- Пункт 6:** Если у вас более одной работы, помимо места работы, где вы получили травму, также укажите имена и адреса всех остальных ваших работодателей. Если вам требуется больше места, приложите отдельный лист.
- Пункт 7:** Отметьте вариант «Да», если вы потеряли рабочее время на какой-либо другой своей работе в результате травмы/заболевания, в противном случае отметьте вариант «Нет».

Раздел С – Ваша должность на момент получения травмы/заболевания:

- Пункт 1:** Укажите название должности и описание трудовых обязанностей (например, работник склада).
- Пункт 2:** Укажите типичные действия, которые вы выполняете на этой работе (например, проведение инвентаризации, разгрузка грузовиков и т.п.).
- Пункт 3:** Отметьте галочкой тип вашей работы.
- Пункт 4:** Укажите, сколько составляла ваша заработная плата до вычетов налогов за платежный период?
- Пункт 5:** Укажите, как часто вы получали платежный чек (еженедельно, раз в две недели и т.п.).
- Пункт 6:** Укажите, получали ли вы чаевые или жилье в дополнение к вашей обычной заработной плате? Если да, то поясните.

Раздел D – Ваша травма или болезнь:

- Пункт 1:** Укажите дату получения травмы или дату, когда вы заметили, что больны. Укажите дату в формате месяц/день/год. Укажите год четырьмя цифрами. Если это болезнь или профессиональное заболевание, пропустите пункт 2.
- Пункт 2:** Укажите время, когда получена травма. Отметьте «АМ» (утром) или «РМ» (вечером).
- Пункт 3:** Укажите место, где вы получили травму/болезнь, включая адрес здания и место в здании, где случилась травма/болезнь.
- Пункт 4:** Поставьте галочку, если это было ваше обычное место работы. Если нет, объясните, почему вы находились в том месте.
- Пункт 5:** Подробно опишите, что вы делали в момент получения травмы/болезни (например, вручную разгружали ящики из грузовика). Это объяснит события, приведшие к травме.
- Пункт 6:** Подробно опишите, как получена травма/болезнь (например, я поднимал тяжелый ящик из грузовика). Здесь должны быть указаны все люди и события, имеющие отношение к травме/болезни.
- Пункт 7:** Полностью опишите характер и степень вашей травмы/болезни, включая все поврежденные части тела. Будьте как можно точнее. (например: Я потянул спину, пытаясь поднять тяжелый ящик. Сейчас мне больно наклоняться и держать даже более легкие предметы.)
- Пункт 8:** Укажите, участвовал ли в несчастном случае какой-либо объект КРОМЕ зарегистрированного транспортного средства. Другими объектами могут быть инструменты (например, молоток), химическое вещество (например, кислота), механизмы (например, вилочный погрузчик или сверлильный станок) и т.п.
- Пункт 9:** Укажите, участвовало ли в несчастном случае какое-либо зарегистрированное транспортное средство. Если да, то отметьте, кому принадлежало это ТС - вам, вашему работодателю или третьей стороне - и укажите регистрационный номер (если знаете). Если в этом участвовало ваше ТС, укажите название и адрес вашего страховщика автогражданской ответственности.
- Пункт 10:** Отметьте, сообщили ли вы вашему работодателю или непосредственному руководителю о травме/болезни. Если да, укажите, кому вы сообщили, а также как - устно или письменно. Укажите дату, когда вы сообщили об этом.
- Пункт 11:** Отметьте, видел ли кто-нибудь еще, как вы получили травму. Если кто-то видел, укажите их имена.

Раздел Е – Возобновление работы:

- Пункт 1:** Если вы прекратили работу в результате производственной травмы/болезни, отметьте «Да» и укажите дату прекращения работы. Если вы не прекратили работать, отметьте «Нет» и перейдите к следующему разделу.
- Пункт 2:** Если вы после этого возобновили работу, отметьте «Да». Укажите дату, с которой вы снова начали работать, а также, вернулись ли вы к выполнению своих обычных обязанностей или выполняете обязанности в ограниченном объеме. (Если вы не выполняете свои рабочие обязанности в полном объеме, как это было до травмы/болезни, то вы выполняете обязанности с ограничениями.)

Раздел Е – Возобновление работы (продолжение):

Пункт 3: Если вы возобновили работу, укажите своего текущего работодателя.

Пункт 4: Укажите, сколько составляет ваша заработная плата до вычетов налогов за платежный период на вашем текущем месте работы. Укажите, как часто вы получаете платежный чек (еженедельно, раз в две недели и т.п.).

Раздел F – Медицинское лечение данной травмы или болезни:

Пункт 1: Если вам не оказывали медицинскую помощь при данной травме/болезни, отметьте «Не оказывали» и перейдите к пункту 5. В противном случае укажите дату, когда вам впервые оказали медицинскую помощь при данной травме/болезни и заполните этот раздел до конца.

Пункт 2: Отметьте, оказывали ли вам на рабочем месте первую медицинскую помощь при данной травме/болезни.

Пункт 3: Отметьте, в каком месте за пределами работы вам впервые оказали медицинскую помощь при вашей травме/болезни. Укажите наименование и адрес учреждения, а также номер телефона (включая код региона).

Пункт 4: Если вы все еще проходите курс лечения этой травмы/болезни, отметьте «Да» и укажите имена и адреса врачей, проводящих лечение, а также номера телефонов (включая код региона). В противном случае отметьте «Нет».

Пункт 5: Если вы считаете, что у вас уже была травма той же части тела или подобное заболевание, отметьте «Да» и укажите, лечили ли вы эту травму/заболевание у врача. Если вас лечил врач, укажите имя (имена) и адрес (адреса) врача (врачей), проводивших курс лечения, а также **заполните форму C-3.3 и передайте вместе с настоящим заявлением.**

Пункт 6: Если у вас раньше была травма или болезнь, укажите, была ли она связана с работой. Если да, отметьте, была ли получена травма/болезнь во время работы на вашего нынешнего работодателя.

Подпишите форму C-3 в месте, предусмотренном для «Подписи работника» на странице 2, напишите ваше имя печатными буквами и укажите дату подписания формы. Если от лица работника расписывается третья сторона, то это лицо должно поставить подпись во второй строке. Если у вас есть законный представитель, то ваш представитель **должен** заполнить и подписать раздел о сертификации адвоката/представителя внизу страницы 2.

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

1. Немедленно рассказать своему работодателю или непосредственному руководителю, где и как вы получили травму.
2. Немедленно получить медицинскую помощь.
3. Попросить врача представить медицинские заключения в Управление и вашему работодателю или его страховщику.
4. Составить настоящее заявление на компенсацию и направить его в ближайший отдел Управления по компенсациям работникам. (См. далее.) Непредставление сведений в течение двух лет после даты травмы может повлечь отказ в рассмотрении вашего заявления. Если вам требуется помощь в заполнении данной формы, позвоните или посетите ближайший отдел Управления по компенсациям работникам по нижеуказанному адресу.
5. Посещайте все слушания, на которые получаете повестки.
6. Возвращайтесь к работе, как только сможете; компенсация никогда не достигнет уровня вашей заработной платы.

Ваши права:

1. В целом, вы имеете право на лечение у врача по вашему выбору при условии, что он/она уполномочены Управлением. Если ваш работодатель участвует в схеме РРО (организации рекомендованных специалистов и лечебных учреждений), то вы обязаны пройти первоначальный курс лечения в рекомендованном учреждении, назначенном предоставлять медицинское обслуживание при травмах работников.
2. НЕ ПЛАТИТЕ вашему врачу или больнице. Если ваше дело не оспаривается, счета будут оплачены страховой компанией. Если ваше дело оспаривается, врач или больница должны ждать оплаты, пока Управление не примет решение по вашему делу. В случае, если вы не предъявляете иск или Управление принимает решение не в вашу пользу, вы должны будете оплатить услуги врача или больницы.
3. Вы также имеете право на возмещение стоимости лекарственных препаратов, костылей или любых аппаратов, предписанных вам врачом в надлежащем порядке, а также стоимости проезда или других необходимых расходов, идущих вашему врачу или больнице и исходящих от них. (Собирайте квитанции об оплате этих расходов).
4. Вы имеете право на компенсацию, если ваша травма не позволяет вам работать более семи дней, вынуждает вас работать за пониженную зарплату или приводит к постоянной нетрудоспособности любой части тела.
5. Компенсация выплачивается немедленно, не дожидаясь решения, кроме случаев оспаривания заявления.
6. Работники, получившие травму, или лица, находящиеся на иждивении скончавшихся работников, могут сами представлять себя в делах перед Управлением или могут нанять представляющего их адвоката или лицензированного представителя. В случае найма адвоката или лицензированного представителя стоимость его/ее юридических услуг будет рассмотрена Управлением и, в случае одобрения, будет оплачена работодателем или страховой компанией из суммы подлежащей выплате компенсации. Работники, получившие травму, или лица, находящиеся на иждивении скончавшихся работников, не должны ничего платить непосредственно адвокату или лицензированному представителю, представляющему их по делу о выплате компенсации.
7. Если вам нужна помощь, чтобы вернуться к работе, или по семейным или финансовым проблемам, возникшим из-за травмы, обратитесь в ближайший к вам отдел Управления по компенсациям работникам и попросите предоставить консультанта по реабилитации или социального работника.

Настоящая форма должна быть направлена непосредственно по следующему адресу:

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

Бесплатный номер службы работы с клиентами: 877-632-4996

**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-A 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.



Ограниченное разрешение на предоставление информации о состоянии здоровья (Закон о преемственности страхования и отчетности в области здравоохранения/НІРАА)

Управление по компенсациям работникам штата Нью-Йорк

№ дела УПРАВЛЕНИЯ ПО КОМПЕНСАЦИЯМ (если известен): _____

Информация для заявителя: Заполните данную форму, если вы в *прошлом* проходили лечение травмы той же части тела или заболевания, подобного описанному в настоящем заявлении. Данная форма позволяет указанным ниже поставщикам медицинских услуг предоставлять информацию о ваших прошлых травмах/болезнях страховщику вашего работодателя, отвечающему за выплату компенсаций. Федеральный закон HIPAA (Закон о преемственности страхования и отчетности в области здравоохранения 1996 года) гласит, что вы имеете право на получение копии данной формы. Если вы не понимаете данную форму, переговорите с вашим законным представителем. Если у вас нет законного представителя, вам может помочь защитник пострадавших работников в Управлении по компенсациям работникам. Звоните: 800-580-6665.

Информация для поставщика медицинских услуг: Копия настоящего разрешения в соответствии с законом HIPAA позволяет вам раскрывать информацию о состоянии здоровья. Если в ответ на данное разрешение вы направляете документы страховщику работодателя, который отвечает за выплату компенсаций работникам, также отправьте по почте копии законному представителю Заявителя. (Если ниже не указан законный представитель, направьте копии Заявителю). Поставщики медицинских услуг, предоставляющие документы, должны соблюдать закон штата Нью-Йорк и Закон о преемственности страхования и отчетности в области здравоохранения.

Настоящее разрешение является:

- **Добровольным.** Ваш(и) поставщик(и) медицинских услуг обязаны предоставить вам такое же обслуживание, условия оплаты и льготы вне зависимости от того, подпишете ли вы настоящую форму или нет.
- **Ограниченным.** Оно дает разрешение вашему (вашим) поставщику (поставщикам) медицинских услуг предоставлять только те документы, которые относятся к описанному ниже заболеванию/состоянию здоровья в прошлом.
- **Временным.** Оно заканчивается, когда текущее заявление на компенсацию принято или отклонено и все апелляции исчерпаны.
- **Отзывным.** Вы можете отменить настоящее разрешение в любое время. Для отмены направьте письмо поставщику (поставщикам) медицинских услуг из списка в настоящей форме. Также направьте копию письма страховщику вашего работодателя, отвечающему за выплату компенсаций, и в Управление по компенсациям работникам. *Примечание: Вы не можете отменить настоящее разрешение в отношении уже предоставленных медицинских записей.*
- **Только для учета в работе.** Оно дает разрешение вашему поставщику (вашим поставщикам) медицинских услуг, перечисленным в данной форме, направлять копии документов о состоянии вашего здоровья страховщику вашего работодателя, отвечающему за выплату компенсаций.

Настоящая форма НЕ разрешает вашему поставщику (вашим поставщикам) медицинских услуг разглашать следующие виды информации:

- **Информация о ВИЧ**
- **Записи психотерапевта**
- **Лечение алкогольной/наркотической зависимости**
- **Психиатрическое лечение** (если вы не отметите это ниже)
- **Вербальная информация** (ваши поставщики медицинских услуг не имеют права обсуждать информацию о вашем здоровье с кем бы то ни было)

Любые предоставленные медицинские записи становятся частью вашего дела по компенсации работникам и являются конфиденциальными по Закону о компенсациях работникам.

A. СВЕДЕНИЯ О ВАС (заявителе)

1. ФИО: _____
2. № социального страхования: _____ - _____ - _____
3. Почтовый адрес: _____
4. Дата рождения: _____ / _____ / _____
5. Дата получения имеющейся травмы/заболевания: _____ / _____ / _____
6. Имеющаяся травма/заболевание, включая все поврежденные части тела: _____
7. Имя и адрес вашего законного представителя (если таковой имеется): _____

☐ Поставьте галочку, если вы разрешаете вашему (вашим) поставщику (поставщикам) медицинских услуг разглашать информацию о психиатрическом лечении.

B. ВАШ(И) ПОСТАВЩИК(И) МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (Перечислите всех поставщиков медицинских услуг, лечивших вас в *прошлом* от травмы той же части тела или от подобного заболевания. Если у вас более 2-х поставщиков, приложите их контактную информацию к данной форме.)

1. Поставщик: _____
2. Телефон: (____) _____
3. Почтовый адрес: _____
4. Другой поставщик (если имеется): _____
5. Телефон: (____) _____
6. Почтовый адрес: _____

C. ПРОЧИТАЙТЕ И ПОСТАВЬТЕ ПОДПИСЬ Настоящим прошу вышеуказанных поставщиков медицинских услуг предоставить страховщику моего работодателя по выплате компенсаций копии всей медицинской документации, относящейся к любой моей прошлой травме/болезни, ко всем частям тела, описанным выше.

Подпись заявителя (только чернилами – по возможности, используйте синюю шариковую ручку.)

Дата

Если заявитель не может поставить подпись, лицо, подписывающее от его/ее имени, должно заполнить следующую строку и расписаться:

Ваше имя:

Степень родства с заявителем:

Подпись (только чернилами – по возможности, используйте синюю шариковую ручку).

Дата



Страховщиком, обеспечивающим страховые выплаты работникам вашей компании в связи с производственными травмами, является The New York State Insurance Fund (NYSIF), заключивший контракт с компанией CVS Caremark, которая является координатором фармацевтических льгот (PBM) и предоставляет набор услуг отпуска лекарственных средств по рецепту.

NYSIF внедрил услугу мгновенной регистрации или «быстрого отпуска» в сотрудничестве с CVS Caremark. Эта новая услуга позволяет травмированным работникам немедленно получить лекарственные средства из любой аптеки в сети PBM. Хотя законодательство Нью-Йорка не требует от нас предоставления данного пособия, мы решили предоставлять ограниченное количество пособий на получение медикаментов по новым страховым требованиям, касающимся **производственных травм или профессиональных заболеваний** для того, чтобы помочь пострадавшим работникам пережить первые сложные дни после травмы и до удовлетворения их требований на получение компенсации.

Если сотрудник получил травму на рабочем месте, он может воспользоваться бланком с обратной стороны данного листа, **Workers' Compensation Temporary Prescription Services ID (Временное удостоверение для получения рецептурных лекарств в связи с производственной травмой)**, для получения медикаментов в любой из аптек сети CareComp Network of CVS Caremark, участвующих в данной программе. Благодаря этому получить лекарства для лечения производственной травмы очень легко.

Этап 1: Работодатель заполняет:

- Наименование работодателя
- Номер полиса

Этап 2: Травмированный сотрудник заполняет свои данные:

- Номер социального страхования
- Дата получения травмы
- Дата рождения
- Имя
- Почтовый адрес

Этап 3: Травмированный сотрудник приносит в аптеку:

- Заполненный бланк временного удостоверения
- Рецепты для лечения производственной травмы

Этап 4: В течение 10 дней с момента получения от New York State Insurance Fund 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.

Примечание: Травмированные работники могут легко установить, какие из близлежащих аптек участвуют в программе, посетив сайт <http://www.wcrxpharmacylocator.com> либо позвонив в круглосуточную службу помощи пациентам CVS Caremark 24-hour по телефону (866) 493-1640.

Если у Вас возникли вопросы относительно этого бланка, свяжитесь с NYSIF, Вашей страховой компанией по производственным травмам, по телефону (888) 875-5790.



Workers' Compensation Temporary Prescription Services ID Important Information

ATTENTION INJURED WORKER

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

ВНИМАНИЕ! ТРАВМИРОВАННЫЙ РАБОТНИК

Этот 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 («Экспресс-рецепты»), позвонив по телефону 1-866-493-1640.

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

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

New York State Insurance Fund

Group#: NYSIF

Attention: All items below must be completed.

EMPLOYER'S NAME:

INJURED WORKER'S NAME:

EMPLOYER'S WORKERS' COMPENSATION
POLICY NUMBER: _____

FIRST MI LAST:

INJURED WORKER'S MAILING ADDRESS:

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

STREET:

INJURED WORKER'S DATE OF BIRTH:

CITY, STATE ZIP

ID#:

Injured Worker's Social Security Number

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

Attention Pharmacist:

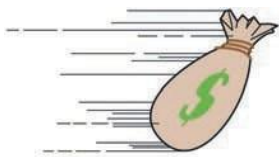
New York State Insurance Fund's prescription program is administered by CVS Caremark. The following are the steps necessary to submit a prescription for New York State Insurance Fund claimants.

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

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

NEED ASSISTANCE?

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



Получите компенсацию в связи с травмой на рабочем месте/профзаболеванием прямым переводом на счет!

Прямой перевод на счет

New York State Insurance Fund
nysif.com

NYSIF предлагает заявителям прямой перевод компенсации в связи с травмой на рабочем месте/профзаболеванием. Совместно с финансовым учреждением NYSIF может выплачивать пособие непосредственно на ваш банковский счет.

ТРЕБОВАНИЯ К ТИПУ СЧЕТА

Выберите только один тип счета: **текущий** или **сберегательный**. Внесите всю информацию в бланк для прямого перевода на счет, включая код банка и номер счета (см. иллюстрацию). Обратитесь в банк, если вам нужна помощь.

ОТМЕНА

Данное соглашение продолжает действовать до его отмены. Чтобы отменить соглашение, зайдите на веб-сайт nysif.com, зарегистрируйтесь в качестве получателя пособия (claimant) и выберите вариант «отказаться от прямого перевода на счет» (unsubscribe from direct deposit). Кроме того, отменить соглашение можно, связавшись с куратором NYSIF через веб-сайт nysif.com по одной из быстрых ссылок «Найти моего куратора» (Find My Case Manager). Также данное соглашение может быть отменено NYSIF или вашим финансовым учреждением. В любом случае впоследствии вы будете получать чеки по почте. Обработка запроса отмены может занять до трех недель.

ИЗМЕНЕНИЯ ВАШЕГО СЧЕТА

Вы обязаны уведомить NYSIF при любых изменениях информации о банковском счете (изменении номера счета, смене финансового учреждения и т. д.). Уведомите NYSIF путем подачи нового заявления на получение прямого перевода, бланк которого можно найти на веб-сайте nysif.com.

При смене банковского счета или финансового учреждения ваш счет в старом финансовом учреждении должен оставаться активным, пока вы не получите следующую выплату пособия на новый счет. Если старый счет будет закрыт, ваш платеж может быть отложен до момента вступления в силу разрешения на прямой перевод на новый счет.

ПЕРИОДИЧЕСКАЯ ПРОВЕРКА

NYSIF может периодически обращаться к вам, чтобы проверить информацию, касающуюся вашего счета для прямого перевода средств. Если получателя уже нет в живых, необходимо немедленно уведомить об этом NYSIF.



NEW YORK STATE INSURANCE FUND**РАЗРЕШЕНИЕ ПРЯМОГО ПЕРЕВОДА**

ЧТОБЫ ПОЛУЧАТЬ ПРЯМОЙ ПЕРЕВОД ПОСОБИЯ НА СЧЕТ, ЗАПОЛНИТЕ ВСЕ ПОЛЯ ЭТОЙ ФОРМЫ И ОТПРАВЬТЕ ЕЕ ПО УКАЗАННОМУ НИЖЕ АДРЕСУ. БОЛЕЕ ПОДРОБНУЮ ИНФОРМАЦИЮ О ВАШИХ ПРАВАХ В ОТНОШЕНИИ ПРЯМОГО ПЕРЕВОДА НА СЧЕТ МОЖНО НАЙТИ НА САЙТЕ NYSIF.COM/DIRECTDEPOSIT.

ИМЯ (ИМЯ, ОТЧЕСТВО, ФАМИЛИЯ): _____		НОМЕР ТРЕБОВАНИЯ NYSIF НА ПОЛУЧЕНИЕ КОМПЕНСАЦИИ В СВЯЗИ С ТРАВМОЙ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ/ПРОФЗАБОЛЕВАНИЕМ: _____	
АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ (НЕ УКАЗЫВАЙТЕ АБОНЕНТСКИЙ ЯЩИК): _____			
ГОРОД: _____		ШТАТ: _____	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС: _____
ЭЛ. ПОЧТА: _____			
ТЕЛЕФОН: _____			
ВЫБОР СЧЕТА ДЛЯ ПРЯМОГО ПЕРЕВОДА (ВЫБЕРИТЕ ТОЛЬКО ОДИН ВАРИАНТ): ☐ ТЕКУЩИЙ ☐ СБЕРЕГАТЕЛЬНЫЙ (ЗАПОЛНИТЕ ВСЮ ИНФОРМАЦИЮ, ВКЛЮЧАЯ НОМЕР СЧЕТА И КОД БАНКА. ЕСЛИ ВАМ НУЖНА ПОМОЩЬ С ЗАПОЛНЕНИЕМ ЭТОГО РАЗДЕЛА, ОБРАТИТЕСЬ В СВОЕ ФИНАНСОВОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ.)			
НАЗВАНИЕ ФИНАНСОВОГО УЧРЕЖДЕНИЯ: _____			
КОД БАНКА _____		НОМЕР СЧЕТА _____	
ПОДТВЕРЖДЕНИЕ И РАЗРЕШЕНИЕ ДЕПОНЕНТА / ПОЛУЧАТЕЛЯ ПЛАТЕЖА			
ПОДПИСЫВАЯ ДАННУЮ ФОРМУ, Я РАЗРЕШАЮ СТРАХОВОМУ ФОНДУ ШТАТА НЬЮ-ЙОРК (NEW YORK STATE INSURANCE FUND) ВЫПОЛНЯТЬ ПРЯМОЙ ПЕРЕВОД ПОСОБИЯ НА СЧЕТ УКАЗАННОГО ВЫШЕ ФИНАНСОВОГО УЧРЕЖДЕНИЯ. Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ИМЕЮ ПРАВО ПОЛУЧАТЬ УКАЗАННЫЕ КОМПЕНСАЦИОННЫЕ ВЫПЛАТЫ ИЛИ ПЛАТЕЖИ, А ТАКЖЕ, ЧТО ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ДАЮЩИЕ МНЕ ПРАВО НА ПОСОБИЕ ОТ NYSIF, ОСТАЮТСЯ В СИЛЕ. ЕСЛИ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ВЛИЯЮЩИЕ НА МОЕ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОСОБИЯ, ИЗМЕНЯТСЯ, Я ДОЛЖЕН(НА) СООБЩИТЬ ОБ ЭТОМ В NYSIF. Я ПОНИМАЮ, ЧТО ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПРЯМОЙ ПЕРЕВОД ПОСОБИЯ НА СЧЕТ МНЕ НЕОБХОДИМО УКАЗАТЬ АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ. ПОДАВАЯ ЗАЯВЛЕНИЕ, Я СОГЛАШАЮСЬ ПОЛУЧАТЬ ЭЛЕКТРОННЫЕ ОПОВЕЩЕНИЯ НА УКАЗАННЫЙ АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ.			
ПОДПИСЬ: _____		ДАТА: _____	

ОТПРАВЬТЕ ЗАПОЛНЕННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ ПО ПОЧТЕ ПО АДРЕСУ:

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