

## 受伤工人快速指南

# 在工作中受伤？ 现在该怎么办？

如果您在工作场所受伤或患病，您可能有资格获得工伤赔偿福利。您可能已经接受了治疗。如果您尚未接受治疗，应尽快寻求医疗服务。

如需协助办理索赔，请致电劳工赔偿局：(877) 632-4996。

### 您的责任

- 以书面形式通知您的雇主，详细说明您受伤或患病的具体时间、地点及经过。请在受伤或患病后**30天**内尽快完成。请勿通过短信通知；应通过信件、电子邮件或其他可保存或打印的文件形式发送。
- 请告知您的医疗服务提供者您遭受了与工作有关的伤害或疾病，并提供雇主工伤保险公司的名称。如果您不知道雇主保险公司的名称，请立即联系雇主或劳工赔偿局。您的医疗服务提供者将向劳工赔偿局和您的雇主或其保险公司提交医疗报告。为了使您能够获得赔偿，必须向劳工赔偿局提交医疗报告。
- 提交雇员索赔表（**表格C-3**），尽快向劳工赔偿局报告您的伤病情况。必须在两年内向劳工赔偿局报告伤病情况。如果之前同一身体部位受过伤，或患有类似疾病，您还必须提交《健康信息有限发布授权》（**表格C-3.3**）。

**公民和移民身份不会影响工伤赔偿的申请。**

### 如何提交索赔申请

最快捷的方法：访问 [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov)，选择“**提交索赔申请**”。

如需咨询关于填写**C-3表格**的问题，或索取表格副本，请致电**(877) 632-4996**。劳工赔偿局代表将为您提供帮助。

### 医疗及交通费

**治疗与工作有关的伤病所获得的医疗服务是工伤赔偿福利，您无需承担任何费用。**您的伤病医疗费用将由雇主的工伤赔偿保险公司直接支付给您的医疗服务提供者。如果保险公司对您的案件提出异议，且劳工赔偿局裁定您胜诉，医疗服务提供者将获得付款。但是，如果劳工赔偿局裁定您败诉，或您未提出索赔，您需要自行支付医疗服务提供者或医院的费用（或将账单提交给您自己的健康保险公司）。

雇主的工伤保险承保医疗服务提供者开具的必要药物和设备。您可能获得因就医产生的里程、公共交通或其他必要费用的报销。请使用《**索赔人医疗及交通费用记录及报销申请**》（**表格C-257**）将相关费用提交给雇主的工伤保险公司及劳工赔偿局（如有收据请一并提交）。

通常，您可以选择劳工赔偿局授权的任何医疗服务提供者。您可通过 [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov) 网站的“医疗服务提供者搜索”功能，查找您所在地区的授权医疗服务提供者。您也可使用职业健康诊所。但是，如果雇主的工伤保险公司设有为工伤赔偿伤害提供医疗服务的“**首选医疗服务提供者组织（PPO）**”，您必须先先在PPO网络内的医疗服务提供者接受治疗。如果保险公司还设有药房或诊断网络，您必须在这些网络内接受服务。保险公司必须告知您他们要求的医疗服务提供者网络及使用方式。但是，在紧急情况下，您可以在任何医疗服务提供者就诊。

## 受伤工人快速指南

### 工资损失补偿

如果您因伤病导致以下一种或多种情况，您有权获得部分工资损失补偿，且该补偿必须立即支付：

1. 您因伤病无法工作超过七个公历日；
2. 您的身体部位被认定为永久性残疾；以及/或
3. 您的工资因工作时间减少或从事其他工作而减少。

您从伤病中康复后，预计不会再有进一步医疗改善时（通常为事故/疾病发生或手术（若曾接受手术）后一年），您可以要求医生评估事故/疾病是否导致永久性伤病。如需详细了解此项福利，请访问 [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov)，点击“工人”部分，然后选择“伤残分类”。

您可以聘请律师或持牌代表协助处理索赔，但这不是强制要求。您或您的家人不应直接支付律师或持牌代表的费用。他们的费用由劳工赔偿局批准，并从您的工资损失赔偿金中扣除。

如果您的案件存在争议，您可能在案件等待劳工赔偿局审查期间获得伤残抚恤金。要获取《**伤残抚恤金申领通知和证明**》（表格DB-450），请访问[wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov)，致电劳工赔偿局寻求帮助，或前往劳工赔偿局办事处。如果案件以您的胜诉得到解决，伤残抚恤金将从您的工资损失赔偿金中扣除。

### 接下来会发生什么？

工伤保险公司将与您联系。如果您的索赔被接受，您的医疗服务提供者将获得付款，且工资损失福利将开始发放。如果您的案件需要听证会，劳工赔偿局将与您联系。有在线资源可帮助简化听证会流程：

- **eCase:** 您可以通过劳工赔偿局的eCase系统上传和查看与案件相关的文件，该系统用于处理受伤工人的索赔。您必须在[wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov)上注册eCase。
- **虚拟听证会:** 您可通过虚拟听证会参与听证，无需亲自前往劳工赔偿局办事处。如需详细了解虚拟听证会及劳工赔偿局免费应用程序，请访问[wcb.ny.gov/virtual-hearings](http://wcb.ny.gov/virtual-hearings)。

### 提供帮助

有时您需要帮助才能重返工作岗位。您的雇主可能提供替代性或轻度工作安排，使您在康复期间仍可工作。伤病也可能导致家庭或财务问题。劳工赔偿局设有职业康复顾问和社会工作者为您提供帮助。致电劳工赔偿局了解所提供的服务并获取帮助。

如果您对阿片类止痛药的依赖性感到担忧，请致电纽约州成瘾服务与支持办公室希望热线**877-8-HOPENY (877-846-7369)**。

### 重要联系信息

劳工赔偿局

**(877) 632-4996**

[claims@web.ny.gov](mailto:claims@web.ny.gov)

[wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov)

纽约州劳工赔偿局  
PO BOX 5205  
Binghamton, NY 13902-5205





您的姓名： \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 中间名 \_\_\_\_\_ 姓 \_\_\_\_\_

受伤/患病日期： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### D. 您的伤病情况 (续)

8. 受伤/发病是否涉及某一物体 (例如: 叉车、锤子、酸等)? 是 否 如果是, 具体是什么? \_\_\_\_\_
9. 受伤是否由使用或操作有牌照的机动车引起? 是 否  
如果是, 您的车辆 雇主的车辆 其他车辆 车牌号码 (如果知道): \_\_\_\_\_  
如果涉及您的车辆, 请提供您的机动车保险公司的名称和地址: \_\_\_\_\_
10. 您是否将伤病情况通知了雇主 (或主管)? 是 否  
如果是, 通知了: \_\_\_\_\_ 口头 书面 通知日期: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
11. 是否有人目睹了您的受伤过程? 是 否 不知道 如果是, 请列出姓名: \_\_\_\_\_

#### E. 恢复工作

- 1 您是否因伤病而停止工作? 是, 具体是哪天? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 否, 跳至F部分。
2. 您是否已恢复工作? 是 否 如果是, 具体是哪天? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 正常工作 有限工作
3. 如果您已恢复工作, 目前为哪个雇主工作? 原雇主 新雇主 自雇
4. 您每个工资结算周期的总工资 (税前) 是多少? \_\_\_\_\_ 您多久领一次薪水? \_\_\_\_\_

#### F. 本次伤病所接受的治疗

1. 您首次接受治疗的日期是哪天? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 未接受治疗 (跳至问题F-5)
2. 您是否在现场接受治疗? 是 否
3. 您首次在非现场接受伤病治疗的地点是哪里? 未接受治疗 急诊室 医生  
办公室 诊所/医院/紧急护理中心 住院超过24小时  
对您进行首次治疗的机构名称及地址: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 电话号码: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_
4. 您是否仍在接受此伤病的治疗? 是 否  
请提供为您治疗此伤病的医生姓名及地址: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 电话号码: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_
5. 您是否是同一身体部位遭受过其他伤害或是否曾得过类似疾病? 是 否  
如果是, 您是否接受过医生的治疗? 是 否 如果是, 请提供为您治疗的医生姓名及地址, 与本表格一起填写并提交表格C-3.3:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. 之前的受伤/疾病是否与工作有关? 是 否  
如果是, 您当时是否为现在的雇主工作? 是 否

我在此根据《工伤赔偿法》提出赔偿申请。我通过签字确认, 我所提供的信息在我所知和所信范围内真实准确。

任何人明知故犯且意图欺诈, 向保险公司或自保公司提交、导致提交或准备提交任何包含虚假重要陈述的信息, 或隐瞒任何重要事实, 均构成犯罪, 并将面临巨额罚款和监禁。

雇员签字: \_\_\_\_\_ 正楷姓名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

雇员代表: \_\_\_\_\_ 正楷姓名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

个人只可在法律授权的情况下代表雇员签署文件, 前提是该雇员为未成年人、精神失常或无行为能力。

我在此声明, 据我在当时情况下合理调查后所知、所获信息及所信, 上述指控及其他事实问题均有证据支持, 或在经过合理调查或取证后很可能有证据支持。

律师/代表签字 (如有): \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

正楷姓名: \_\_\_\_\_ 职务: \_\_\_\_\_

身份证号 (如有): R \_\_\_\_\_ 如为持牌代表, 请填写执照号码: \_\_\_\_\_ 有效期至: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## 雇员索赔表（表格C-3）填写说明

请填写本表格并寄送至本说明末尾列出的劳工赔偿局集中邮寄地址。填写本表格时如需帮助，请致电劳工赔偿局：1-877-632-4996。亦可通过wcb.ny.gov线上填写本表格。如果您没有或不知道劳工赔偿局的案件编号，请将此栏留空。此信息并非处理索赔的必要条件。请记住在第二页顶部填写您的姓名和受伤/患病日期。

### A部分 - 您的信息（雇员）：

在A部分中，请填写您的姓名、地址及其他所需信息。

关于第7项的说明：劳工赔偿局听证会以英语进行。如需翻译员，请选择“是”并注明所需语言。

#### 根据《纽约州个人隐私保护法》

（《公共官员法》第6-A条）及《1974年联邦隐私法》（5 U.S.C. § 552a）发送的通知。

劳工赔偿局要求索赔人提供个人信息（包括社会保障号）的权限，源自劳工赔偿局根据《工伤赔偿法》第20节规定享有的调查权，以及根据《工伤赔偿法》第142节规定享有的行政权。收集此类信息旨在协助劳工赔偿局以最有效的方式调查和处理索赔，并帮助其维护准确的索赔记录。向劳工赔偿局提供社会保障号属自愿行为。未在该表格中提供社会保障号不会受到处罚，也不会导致索赔被拒绝或赔偿金减少。劳工赔偿局将保护其掌握的所有个人信息的机密性，仅在履行其官方职责时披露，并遵守适用的州和联邦法律。

### B部分 - 您的雇主：

在B部分中，填写您在受伤/患病时为其工作的雇主的名称、地址、电话号码等信息。

注意：您的雇主是给您发工资的公司或机构。如果您是工地或办公室的承包商，聘用您的人事代理机构或服务商是您的雇主，而非您报到工作的工地或办公室。

### C部分 - 受伤或患病当日的工作情况：

在C部分中，请填写您的职位名称、工作内容及薪资信息。

### D部分 - 您的伤病情况：

在D部分中，请填写您的伤病信息。

第1项：填写受伤的日期或首次发现患病的日期。

如果是疾病或职业病，请跳过第2项。受伤日期必须以月/日/年格式填写。年份应以四位数字形式填写，例如：2015。

第2项：填写受伤发生的时间。勾选是上午（AM）还是下午（PM）。

第3项：注明伤病发生的位置，包括建筑物的地址以及建筑物内伤病发生的确切位置。

第4项：勾选此处是否为您的正常工作地点。如果不是，请说明您为何在此处。

第5项：详细描述受伤/患病时正在进行的活动的（例如，从卡车上人工卸箱子）。这是解释导致受伤的事件经过。

第6项：详细描述受伤/患病经过（例如，我正在从卡车上搬运一个重物）。要说明与伤病相关的所有人员和事件。

第7项：充分说明伤病的性质和程度，包括所有受伤的身体部位。尽可能具体（例如，我在搬运沉重的箱子时扭伤了背部。现在弯腰或拿起较轻的物品都会感到疼痛）。

第8项：说明事故中是否涉及除有牌照的机动车以外的其他物体。其他物体包括工具（例如：锤子）、化学品（例如：酸）、机械设备（例如：叉车或钻床）等。

第9项：说明事故中是否涉及有牌照的机动车。如果是，请注明涉事机动车是您本人、雇主还是第三方的。请提供车牌号码（如果知道）。如果您的车辆涉事，请填写您的汽车责任保险公司的名称和地址。

第10项：勾选您是否已将伤病情况通知了雇主或主管。如果是，请注明您通知了谁以及是口头还是书面形式。请注明通知日期。

第11项：勾选是否有人目击了受伤过程。如果有人目击，请注明其姓名。

### E部分 - 恢复工作：

第1项：如果您因公受伤或患病而停止工作，请勾选“是”并注明停止工作的日期。如果您未停止工作，请勾选“否”并跳至下一部分。

第2项：如果您已恢复工作，请勾选“是”。同时注明您重新开始工作的日期，以及您是否已恢复正常工作职责，还是处于有限或限制性工作状态。（如果您未恢复受伤或患病前的全部工作职责，则处于有限工作状态。）

第3项：如果您已恢复工作，请注明您目前为谁工作。

第4项：请填写您目前所从事工作的每个工资结算周期内的总工资（税前）。请说明您领取薪资的频率（每周、每两周等）。

**F部分 - 此次伤病的治疗:**

第1项: 如果您此次伤病未接受治疗, 请勾选“未接受治疗”并跳至第5项。否则, 请填写首次接受此次伤病治疗的日期, 并完成本部分的其余内容。

第2项: 勾选是否首次在工作场所接受了此伤病治疗。

第3项: 勾选首次在工作场所外接受此伤病治疗的地点。请填写医疗机构的名称、地址及电话号码(包括区号)。

第4项: 如果您仍在接受同一伤病的持续治疗, 请勾选“是”, 并注明提供治疗的医生姓名、地址及电话号码(包括区号); 否则请勾选“否”。

第5项: 如果您的同一身体部位曾有过伤病或您有过类似疾病, 请勾选“是”, 并注明是否曾由医生治疗过该伤病。如果您曾接受过医生的治疗, 请注明提供治疗的医生姓名和地址, 与本表格一起填写并提交表格C-3.3。

第6项: 如果您之前有过伤病, 请勾选您之前的伤病是否与工作有关。 如果勾选“是”, 请勾选受伤或疾病是否发生在为当前雇主工作期间。

在第2页“雇员签字”处签署表格C-3, 打印您的姓名, 并填写签署日期。如果由第三方代为签署, 该人员应在第二签字栏签署。 如果您有法律代表, 您的代表必须在第2页底部填写并签署“律师/代表认证”部分。

**每位工人在发生工伤或职业病时应采取的措施:**

1. 立即告知雇主或主管受伤的时间、地点及经过。
2. 立即寻求医疗救助。
3. 告知医生向劳工赔偿局及雇主或其保险公司提交医疗报告。
4. 填写本赔偿申请表并寄送至最近的劳工赔偿局办事处。(见下文。)若未在受伤之日起两年内提交申请, 您的索赔可能被驳回。填写此表格时如需帮助, 请致电或亲临下方列出的最近的劳工赔偿局办事处。
5. 必须出席所有通知出席的听证会。
6. 尽早恢复工作; 赔偿金额绝不会高于您的工资。

**您的权益:**

1. 通常情况下, 您有权选择经劳工赔偿局授权的医生为您提供治疗。如果您的雇主参与了首选医疗服务提供者组织(PPO)协议, 您必须首先通过该组织接受治疗, 该组织是提供工伤赔偿相关医疗服务的指定医疗机构。
2. 请勿直接向医生或医院支付费用。若您的案件没有争议, 相关费用将由保险公司直接支付。如果您的案件存在争议, 医生或医院必须等待劳工赔偿局作出裁定后才能获得付款。如果您未能推进您的案件或劳工赔偿局作出不利于您的裁定, 您将需要向医生或医院支付费用。
3. 您还有权获得医生合理开具的药物、拐杖或其他医疗设备的报销, 以及往返医生办公室或医院的交通费用或其他必要开支的报销。(请索要相关费用的收据。)
4. 如果您因伤无法工作超过七天、被迫以较低工资工作, 或导致身体任何部位永久性残疾, 您有权获得赔偿。
5. 除非索赔存在争议, 赔偿金应直接支付且无需等待裁决。
6. 受伤工人或已故工人的家属可在劳工赔偿局事务中自行代理, 或聘请律师或持照代表代理。若聘请律师或持照代表, 其法律服务费用将由劳工赔偿局审核, 若获批准, 将由雇主或保险公司从应付的赔偿金中支付。 受伤工人或已故工人的家属不应直接向代理其赔偿案件的律师或持照代表支付任何费用。
7. 如果您需要帮助恢复工作, 或因受伤导致家庭或财务问题, 请联系您附近的劳工赔偿局办事处, 并要求康复顾问或社会工作者服务。

**本表格应直接寄送至以下地址:**

**纽约州劳工赔偿局**

**集中邮寄**

**PO Box 5205**

**Binghamton, NY 13902-5205**

**客户服务免费电话: 877-632-4996**



WCB案件编号（如果知道）：\_\_\_\_\_

致索赔人：如果您曾因先前同一身体部位的伤害或与当前索赔中描述的疾病类似的疾病接受过治疗，请填写此表格。此表格允许您在下文列出的医疗服务提供者向您的雇主工伤赔偿保险公司披露有关您先前伤病的医疗信息。联邦1996年《健康保险流通和责任法》（HIPAA）

规定您有权获得本表格的副本。如果您不理解本表格，请咨询您的法律代表。如果您没有法律代表，劳工赔偿局的工伤工人工作者可以为您提供帮助。电话：800-580-6665。

致医疗服务提供者：这份符合HIPAA规定的披露授权书副本允许您披露健康信息。如果您根据本授权书向雇主的工伤保险公司发送记录，也将副本邮寄给索赔人的法律代表。（如果下方未列出法律代表，请将副本寄给索赔人。）披露记录的医疗服务提供者必须遵守纽约州法律和HIPAA规定。

本授权书：
• 是自愿性的。无论您是否签署本表格，您的医疗服务提供者必须为您提供相同的医疗服务、付款条款和福利。
• 是有限的。它仅授权您的医疗服务提供者披露与您在下文描述的先前疾病/状况相关的健康记录。
• 是临时的。它在您的当前赔偿索赔被批准或驳回且用尽所有上诉手段后终止。
• 是可撤销的。您可随时撤销本授权。如需撤销，请向本表格所列医疗服务提供者发送书面通知。同时，请将通知副本发送至您雇主的工伤保险承保机构及劳工赔偿局。注意：您无法撤销已提供的医疗记录披露授权。
• 仅用作记录。本表格授权在此列出的医疗服务提供者向您雇主的工伤保险公司发送您的医疗记录副本。

本表格不允许您的医疗服务提供者披露以下类型的信息：
• HIV相关信息
• 心理治疗记录
• 酒精/药物治疗
• 心理健康治疗（除非您在下文勾选）
• 口头信息（您的医疗服务提供者不得与任何人讨论您的医疗保健信息）

披露的任何医疗记录将成为您工伤赔偿文件的一部分，并根据《工伤赔偿法》保密。

A. 您的信息（索赔人）

- 1. 姓名：\_\_\_\_\_ 2. 社会保障号：\_\_\_\_\_
3. 邮政地址：\_\_\_\_\_
4. 出生日期：\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 5. 当前伤病日期：\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
6. 当前伤病情况，包括所有受伤的身体部位：\_\_\_\_\_
7. 您的法律代表的姓名和地址（如有）：\_\_\_\_\_

□ 如果您允许您的医疗服务提供者披露心理健康信息，请勾选此处。

B. 您的医疗服务提供者（请列出所有曾为您治疗同一身体部位先前伤害或类似疾病的医疗服务提供者。若超过2个医疗服务提供者，请将他们的联系方式附于本表格。）

- 1. 医疗服务提供者：\_\_\_\_\_ 2. 电话号码：(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_
3. 邮政地址：\_\_\_\_\_
4. 其他医疗服务提供者（如有）：\_\_\_\_\_ 5. 电话号码：(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_
6. 邮政地址：\_\_\_\_\_

C. 请阅读下文并签字。本人特此请求上文所列医疗服务提供者向我的雇主的工伤保险公司提供与上述所有身体部位的任何先前伤病相关的所有健康记录副本。

索赔人签字（只可用墨水笔签字，最好使用蓝色圆珠笔。） 日期

如果索赔人无法签字，代为签字的人必须填写并签字如下：

姓名 与索赔人的关系 签字（只可用墨水笔签字，最好使用蓝色圆珠笔。） 日期

纽约州  
劳工赔偿局

### 关于选择劳工赔偿局授权医疗服务提供者权利的通告

受伤雇员姓名:	受伤雇员社会保障号:	事故发生日期:
雇主姓名及地址:		

#### 致受伤雇员:

对于您因工受伤或患病的治疗，您可以选择任何经劳工赔偿局授权且接受工伤赔偿患者的医师、足病医师、脊椎按摩师或心理医生（需经授权医师转介）。

虽然您可以选择使用雇主或其工伤保险承保人推荐的网络或医疗服务提供者，或允许雇主为您选择医疗服务提供者，但您可在任何时候更换，不会影响您的工伤索赔。

\_\_\_\_\_  
受伤雇员签字

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
见证人签字

\_\_\_\_\_  
日期

**请注意：**如果您的雇主（i）参与了《工伤赔偿法》第10-A条规定的认证首选医疗服务提供商组织（PPO），或（ii）参与了《工伤赔偿法》第25(2-c)条规定的替代性争议解决（ADR）试点计划，则您无需签署本同意书。根据这些法定计划，除紧急情况外，您必须从雇主指定的认证网络或医疗服务提供者处获得任何工伤或职业病的首诊治疗。

#### 致雇主:

雇主应向上述受伤雇员提供一份签字的本表格副本，并应将原件保存在雇主记录中，以便劳工赔偿局随时查阅。本表格不得提交给劳工赔偿局，也不得在该雇员发生工伤或职业病之前签署。

劳工赔偿局无歧视聘用和服务残障人士。



## 工伤赔偿药房福利通告

请仔细阅读本通告。本通告包含向纽约州保险基金（NYSIF）进行工伤索赔时取药的重要信息。

NYSIF已与CVS Caremark签订协议。该公司是药房福利管理人（PBM），拥有一个药房网络，可为工人提供因工伤或疾病可以领取的药物。该举措并不改变您获得治疗工伤或疾病所需药物的权利。只是意味着您必须从CVS Caremark管理的CareComp药房网络拿药。该药房网络不仅限于CVS药房，还包括67,000多家加入网络的其他药房。您可以通过以下方式获得药房名称及其地址：

- 拨打CVS Caremark呼叫中心电话**(866)493-1640**，听障人士可拨打TDD电话**(866)200-2161**。
- 使用网站<https://nysif.wcrxportal.com/Pharmacy/Index>
- 使用NYSIF网站[nysif.com/networkbenefits](https://nysif.com/networkbenefits)

如果您通过工伤索赔获得药物，必须从这些药房拿药，除非：

- 您有医疗紧急情况，且无法从网络药房购买所需的药物，或
- 网络药房不提供邮寄或电话订购，药房网络内没有药房为您送药，如果您住在农村地区，15英里范围内没有一家网络药房，如果您不住在农村地区，5英里范围内没有一家网络药房。如果您认为自己属于这种情况，请拨打本页下方的电话号码。

请注意，CVS Caremark提供邮购、互联网和电话服务。可致电CVS Caremark呼叫中心(866) 493-1640查询。

网络内的所有药房都需要保持足够的药品库存，以便为您提供服务，避免不必要的延误。

所有网络药房必须在您所在社区的正常营业时间内营业。

CareComp药房网络内的药房将直接向NYSIF计费。您无需自付药费。

您可拨打24小时免费电话，了解CareComp药房网络的更多信息：(866)493-1640。

如有疑问或问题，请致电NYSIF：(888)875-5790。也可以通过

[general\\_information@wcb.ny.gov](mailto:general_information@wcb.ny.gov)或

(877)632-4996联系纽约州劳工赔偿局，或致电(800)580-6665，联系“受伤工人代言人”组织。您还可以访问[www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov)了解更多信息。

### 投保人 - 请在显著位置张贴



## 工伤赔偿临时处方服务 重要身份信息

### 受伤工人请注意

首次配药时，必须向药剂师出示工伤赔偿临时处方服务身份信息表。如有疑问或需要查找参与药房位置，请联系CVS Caremark，客服电话：1-866-493-1640。

药剂师/雇主 - 填妥表格后，发送传真给CVS Caremark：1-866-493-1644

CVS Caremark将添加索赔人信息，以便处理药物。也可拨打1-866-493-1640电话提供这些信息。

<b>纽约州保险基金</b>		<b>组别：NYSIF</b>	
<b>联系人：</b> 必须填写以下所有项目。			
雇主姓名： _____	受伤工人姓名： _____		
雇主的纽约州工伤保险基金工伤赔偿保单号 _____	名 中间名 姓 受伤雇员邮政地址： _____		
工伤发生日期：____/____/____（年月日）	街道 _____		
受伤工人出生日期： ____/____/____（年月日）	城市 州 邮政编码 _____		
受伤工人社会保障号： _____	<i>服务台：这是一项仅通过CVS Caremark实施的销售点项目。如需帮助，请致电866.493.1640联系CVS Caremark服务台。</i>		

### 药剂师请注意：

NYSIF的处方项目由CVS Caremark管理。请按照下列操作步骤输入索赔要求。NYSIF索赔人提交处方必须按下列步骤操作。

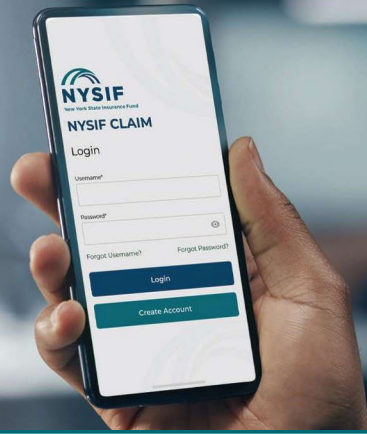
第一步 输入银行识别号（BIN）610235

第二步 输入个人护理需求：工作场所安全及康复

第三步 身份证号：受伤工人社会保障号

### 需要帮助？

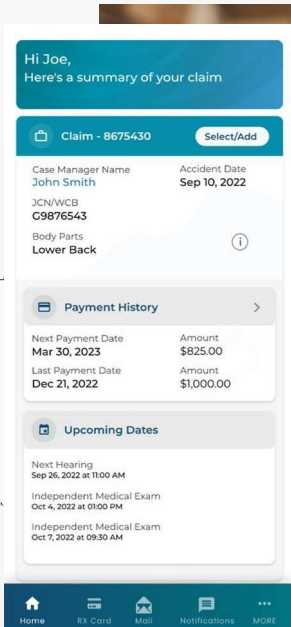
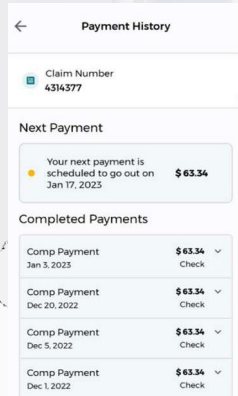
药剂师，如果您在处理索赔过程中有任何疑问，请致电CVS Caremark服务台，电话：1-866-493-1640。



## 索赔移动应用程序

想了解您的赔偿金支付或工伤赔偿索赔情况？NYSIF为此提供了一个应用程序！通过“NYSIF理赔移动应用程序”，您可以轻松获取理赔的实时信息，包括：

- 支票及付款状态
- 案件管理人联系方式
- 理赔状态
- 即将举行的听证会和体检



经过改进的沟通、透明度和参与

通过PROV NYSIF理赔移动应用程序，您可以轻松完成以下管理任务：

- 查找理赔编号
- 查看付款历史
- 将其他NYSIF理赔与您的账户关联
- 接收通知
- 访问您的处方卡
- 给您的案件管理人发送电子邮件
- 直接存款注册

扫描这里



### 马上下载NYSIF索赔移动应用程序！



Learn more at [nysif.org](https://nysif.org)

©2025 纽约州保险基金。版权所有



## 护士索赔管理计划



为了支持您完成康复过程，纽约州保险基金（NYSIF）的护士会通过电话与您联系。

通话过程中，NYSIF护士会向您说明与获得所需治疗相关的信息，并帮助您查明受伤雇员可以利用的资源。NYSIF护士还会向您解释使用NYSIF索赔移动应用程序的好处，方便您获取工伤理赔的相关信息，还会回答您可能遇到的任何问题。



您的健康和康复是我们工作的重中之重，我们期待与您通话。

通过直接存款领取工伤赔偿金！

## 直接存款 纽约州保险基金

NVSIF为索赔人提供工伤赔偿金直接存款服务。NVSIF与您的金融机构合作，可将赔偿金直接存入您的银行账户。您甚至可以选择将赔偿金（按百分比）存入两个银行账户。

### 账户类型要求

赔偿金只能存入**支票**或**储蓄**账户。填写直接存款申请表上的所有信息，包括银行路由号和账号（见示例图）。如需帮助，请联系您的银行。

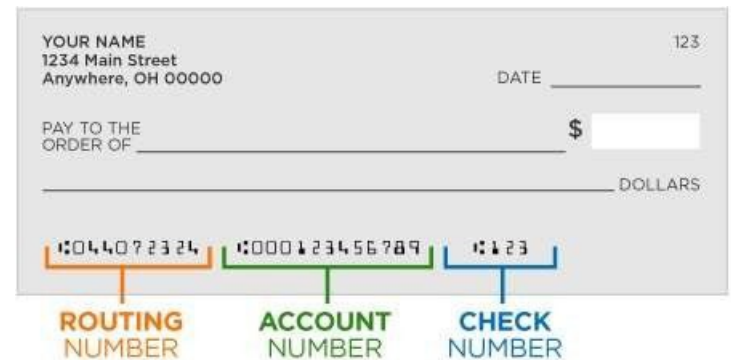


Diagram of a check form with the following fields and labels:

- YOUR NAME: 1234 Main Street, Anywhere, OH 00000
- DATE: \_\_\_\_\_
- PAY TO THE ORDER OF: \_\_\_\_\_
- \$ \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ DOLLARS
- Routing Number: 044072324 (labeled ROUTING NUMBER)
- Account Number: 000123456789 (labeled ACCOUNT NUMBER)
- Check Number: 123 (labeled CHECK NUMBER)

### 解除协议

本协议在解除前一直有效。要解除协议，请访问nysif.com，注册为索赔人，然后选择“取消直接存款”选项。此外，还可以使用“获取索赔帮助”快速链接，联系您在nysif.com上的NYSIF案件管理人解除协议。本协议也可由NVSIF或您的金融机构解除。无论哪种情况，您都会收到邮寄的后续支票。解除协议可能需要多达三周时间处理。

### 账户变更

如果您的银行账户信息有任何变更（变更账号、金融机构等），您有责任通知NYSIF。请提交新的直接存款申请表（可在nysif.com上获取），以此方式通知NVSIF。

如果您变更了账户或金融机构，应保留旧账户，直到新账户收到下一笔直接存款。如果不保留旧账户，在新的直接存款授权生效之前，您可能会遇到付款延迟的情况。

### 定期核实

NYSIF会定期与您联系，核实直接存款账户信息。如果收款人已不在世，请立即通知NYSIF。

想获得赔偿金直接存款服务，请完整填写本表并将其寄至下面的地址。有关直接存款权利的更多信息，请访问 [nysif.com/directdeposit](http://nysif.com/directdeposit)。必须填写所有空白处才能注册直接存款。

姓名（名、中间名、姓）：	NYSIF 工伤索赔号：
家庭住址（请勿使用邮政信箱）： _____	
城市： _____ 州： _____ 邮政编码： _____	
电子信箱： _____ 电话： _____	
<p>填写所有信息，包括您的账号和银行路由号。如果在填写这一部分时需要帮助，请联系您的金融机构。可选项：如果想要将赔偿金存入两个银行账户，需填写两个银行账户的信息。两个账户的赔偿金存款比例合计必须为100%（例如，75%存入账户1，25%存入账户2）。如果银行账户无法使用，应付款项将通过邮寄纸质支票支付。</p>	
直接存款账户1（选择支票账户或储蓄账户）：	支票账户 储蓄账户 赔偿金比例： 金融机构名称：
_____	
路由号 _____	帐号 _____
_____	
直接存款账户2（选择支票账户或储蓄账户）：	支票账户 储蓄账户 赔偿金比例：
金融机构名称： _____	
路由号 _____	帐号 _____
_____	
<b>存款人/收款人证明与授权</b>	
<p>通过签署本申请表，本人授权NYSIF将款项直接付至上述金融机构，存入指定账户。本人证明，本人有权从NYSIF领取相关赔偿金或和解金，且让本人有权从NYSIF领取福利的情况未发生变化。如果影响领取福利权利的情况发生变化，本人一定通知NYSIF。本人明白，要申请直接存款，本人必须提供一个电子邮件地址。</p> <p>通过提交本申请表，本人同意通过所提供的电子邮件地址接收电子通知。</p>	
签字： _____	日期： _____

请将填妥的申请表邮寄至

**NYSIF**  
**PO Box 66699**  
**Albany, NY 12206**