

Вы получили травму на работе. Что теперь делать?

Если вы получили травму или заболели на рабочем месте, вы можете претендовать на получение компенсационных выплат. Возможно, вам уже была оказана медицинская помощь. Если нет, вам следует как можно скорее обратиться за медицинской помощью.

Чтобы получить помощь в оформлении вашей заявки, позвоните в **Совет по компенсациям работникам (Совет)** по номеру **(877) 632-4996**.

ВАШИ ОБЯЗАННОСТИ

- Уведомите своего работодателя в письменном виде, подробно описав, когда, где и как вы получили травму или заболели. Сделайте это как можно скорее в течение **30 дней** после нанесения травмы или возникновения заболевания. Не отправляйте текстовое сообщение; вместо этого отправьте письмо по электронной почте или иной документ, который можно сохранить или распечатать.
- Сообщите поставщикам медицинских услуг, что у вас производственная травма или заболевание, и сообщите название страховой компании, выплачивающей компенсацию работникам вашего работодателя. Если вы не знаете названия страховой компании вашего работодателя, спросите своего работодателя, либо немедленно свяжитесь с Советом. Поставщик медицинских услуг представит Совету медицинское заключение, а также вашему работодателю или страховой компании. Чтобы получить выплаты, в Совет должно быть направлено медицинское заключение.
- Подайте в Совет как можно скорее **Форму заявления сотрудника (Форма С-3)** с описанием вашей травмы или заболевания. Вы должны уведомить Совет о своей травме или заболевании в течение **двух лет**. Если вы ранее травмировали эту же часть тела или перенесли аналогичное заболевание, вы также должны предоставить **Разрешение на ограниченное раскрытие медицинской информации (Форма С-3.3)**.

Гражданство и иммиграционный статус не являются факторами, влияющими на выплату компенсаций сотрудникам.

Как подать заявку

Самый быстрый способ: Посетите веб-сайт по адресу wcb.ny.gov и выберите раздел "Подать заявку".

Чтобы узнать, как заполнить **Форму С-3** или получить копию формы, просим обращаться по номеру **(877) 632-4996**. Представитель Совета окажет вам помощь.

МЕДИЦИНСКИЕ И ТРАНСПОРТНЫЕ РАСХОДЫ

Медицинская помощь в случае производственной травмы или заболевания предусматривает компенсационную выплату, которая предоставляется на безвозмездной основе. Медицинские счета за лечение травмы или заболевания оплачиваются непосредственно страховой компанией, выплачивающей компенсации сотрудникам вашего работодателя вашему поставщику медицинских услуг. Если страховая компания оспаривает ваше дело, поставщики медицинских услуг получают компенсацию, если Совет примет решение в вашу пользу. Однако, если Совет примет решение не в вашу пользу или если вы не будете продолжать разбирательство, вам придется внести оплату поставщику медицинских услуг или больнице (или предъявить счет (счета) вашей собственной медицинской страховой компании).

Компенсационная страховка вашего работодателя покрывает оплату необходимых с медицинской точки зрения лекарственных препаратов и устройств, которые выпишет поставщик медицинских услуг. Также, возможно, вам покроют дорожные расходы, расходы на общественный транспорт или другие необходимые расходы, понесенные во время поездок на лечение. Предоставьте доказательства этих расходов (в том числе квитанции, если они у вас есть) в страховую компанию вашего работодателя, выплачивающую компенсацию сотрудникам, и в Совет в **Форме регистрации медицинских и транспортных расходов заявителя и запроса на возмещение (Форма С-257)**.

Как правило, вы можете выбрать любого поставщика медицинских услуг, одобренного Советом. Чтобы найти одобренного поставщика медицинских услуг в вашем регионе, воспользуйтесь функцией "Поиск поставщика медицинских услуг" (Health Care Provider Search) на веб-сайте по адресу wcb.ny.gov. Вы также можете воспользоваться услугами клиник, специализирующихся на профессиональной гигиене труда. Однако если страховая компания вашего работодателя, выплачивающая компенсацию сотрудникам, работает с Предпочтительным поставщиком медицинских услуг (PPO), оказывающим услуги лечения травм РАБОТНИКОВ, по которым выплачивается компенсация, вам следует сначала получить помощь у PPO. Если у этой страховой компании есть сеть аптек или диагностических центров, вам также следует получать услуги у них. Страховая компания должна проинформировать вас о своих поставщиках, а также о том, как воспользоваться их услугами. Но в экстренной ситуации вы можете обратиться к любому поставщику услуг.

ПОСОБИЯ В СВЯЗИ С ПОТЕРЕЙ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ

Вы вправе получить часть своей утерянной заработной платы, которая выплачивается незамедлительно, если ваша травма или заболевание оказывают на вас следующее влияние:

1. Вы не можете работать в течение более чем семи календарных дней;
2. Установлено, что какая-либо часть вашего тела теряет трудоспособность навсегда; и/или
3. Ваша заработная плата была снижена, поскольку теперь вы работаете меньшее количество часов или выполняете другую работу.

После того, как вы оправитесь от травмы или заболевания и когда улучшения вашего состояния в дальнейшем более не предполагается (обычно через год после несчастного случая/ заболевания или хирургической операции, если она была проведена), вы можете попросить своего врача оценить, стал ли несчастный случай/ заболевание причиной необратимой травмы/состояния. Подробная информация о таких льготах представлена по адресу wcb.ny.gov. Нажмите на раздел "Работники" (Workers), а затем на "Категории нетрудоспособности" (Disability Classifications).

Вы можете нанять адвоката или лицензированного представителя для рассмотрения вашей заявки, но это не обязательно. Вы или ваша семья не должны напрямую оплачивать услуги адвоката или лицензированного представителя. Их гонорары согласуются Советом и вычитаются из суммы вашей потерянной заработной платы.

Если ваше дело будет оспорено, вы можете получать пособие по инвалидности, пока оно находится на рассмотрении Совета. Чтобы получить **Уведомление и подтверждение принятия заявки на получение пособия по инвалидности (Форма DB-450)**, посетите веб-сайт по адресу wcb.ny.gov; обратитесь за помощью в Совет или посетите офис Совета. Если дело будет решено в вашу пользу, пособие по инвалидности будет вычтено из суммы компенсации за потерю заработной платы.

ЧТО ДАЛЬШЕ?

С вами свяжется страховая компания, выплачивающая компенсации сотрудникам. Если ваша заявка будет удовлетворена, ваши поставщики медицинских услуг получат выплату, и начнутся выплаты потерянной заработной платы. Если по вашему делу необходимо будет провести слушание, Совет свяжется с вами. Существуют онлайн-ресурсы, которые упрощают процесс слушания:

- **eCase:** Можно загружать и просматривать связанные с делом документы в режиме онлайн с помощью системы eCase, которая используется для обработки заявок пострадавших РАБОТНИКОВ. Чтобы работать с eCase, вам следует зарегистрировать по адресу wcb.ny.gov.
- **Виртуальные слушания:** Благодаря опции виртуального слушания вы можете присутствовать на слушании, не приезжая в офис Совета. Больше информации о виртуальных слушаниях и бесплатном приложении Совета представлено по адресу wcb.ny.gov/virtual-hearings.

ДОСТУПНОСТЬ ПОМОЩИ

Иногда, чтобы вернуться к работе, может потребоваться помощь. Ваш работодатель может давать вам альтернативные или более простые задания, при выполнении которых вы сможете проходить лечение. Из-за травмы или болезни могут возникнуть проблемы в семье и дома. В штате Совета есть консультанты по профессиональной реабилитации и социальные работники, которые могут оказать помощь. Обратитесь в Совет за дополнительной информацией о доступных услугах и за помощью.

Если у вас возникла обеспокоенность, связанная с опиоидными обезболивающими препаратами, позвоните в службу поддержки NYS OASAS по номеру **877-8-HOPENY (877-846-7369)**.

Важная контактная информация

Совет по компенсациям работникам	(877) 632-4996	claims@wcb.ny.gov
		wcb.ny.gov

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



**Workers'
Compensation
Board**

ВАШЕ ИМЯ: _____
Имя Ср. иниц. Фамилия

ДАТА ТРАВМЫ/
ЗАБОЛЕВАНИЯ: _____ / _____ / _____

D. ВАША ТРАВМА ИЛИ ЗАБОЛЕВАНИЕ (продолжение)

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

E. ВОЗВРАЩЕНИЕ К РАБОТЕ

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

F. МЕДИЦИНСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМЫ ИЛИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Инструкции по заполнению заявки работника (форма C-3)

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

Раздел А. Сведения о вас (работнике):

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

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

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

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

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

Раздел В. Ваш работодатель:

В разделе В укажите наименование, адрес, номер телефона и другие сведения о работодателе, на которого вы работали на момент получения травмы/заболевания. **Примечание.** Вашим работодателем считается компания или учреждение, выплачивающее вам заработную плату. Если вы работаете по контракту на рабочей площадке или в офисе, вашим работодателем считается кадровое агентство или поставщик, который нанял вас, а не рабочая площадка или офис, куда вы являетесь на работу.

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

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

Раздел D. Ваша травма или заболевание:

В разделе D укажите информацию о своей травме или заболевании.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Раздел E. Возвращение к работе:

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

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

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

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

Раздел F. Медицинское лечение травмы или заболевания

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ваши права:

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

Данную форму необходимо отправить по следующему адресу:

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

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



Номер дела WCB (если известен): _____

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

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

Это разрешение:

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

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

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

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

A. СВЕДЕНИЯ О ВАС (заявителе)

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

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

V. ВАШИ ПОСТАВЩИКИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

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

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

C. ПРОЧИТАЙТЕ ЭТОТ ТЕКСТ И УКАЖИТЕ СВОЮ ПОДПИСЬ.

Я настоящим прошу поставщиков медицинских услуг, перечисленных выше, предоставить страховой компании, выплачивающей компенсации работникам моего работодателя копии всех медицинских записей, относящихся к предыдущим травмам всех частей тела, указанных выше, или аналогичным заболеваниям.

Подпись заявителя (только ручкой, по возможности синей шариковой ручкой) _____ Дата _____

Если заявитель не может указать свою подпись, лицо, подписывающее документ от его имени, должно заполнить следующие поля и указать свою подпись:

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

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

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

Имя пострадавшего работника	№ социального страхования пострадавшего работника	Дата 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 одобрен Советом по компенсациям работникам и который принимает пациентов по программе выплаты компенсаций работникам.

Несмотря на то, что вы можете выбрать сеть или поставщика, рекомендованного вашим работодателем или его страховой компанией, выплачивающей компенсации, 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

Помните: Вам не обязательно подписывать данную форму согласия, если ваш работодатель (i) состоит в организации, включенной в перечень предпочтительных поставщиков медицинских услуг согласно статье 10-A Закона о компенсациях работникам, или (ii) участвует в пилотной программе альтернативного разрешения споров (ADR) 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 своем архиве, где ее наличие в любое время может проверить Совет по компенсациям работникам. Настоящая форма не передается в Совет по компенсациям работникам и не применяется до тех пор, пока не будет нанесена производственная травма или не возникнет заболевание у работника.

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



УВЕДОМЛЕНИЕ О КОМПЕНСАЦИОННЫХ ВЫПЛАТАХ РАБОТНИКАМ ДЛЯ ПОКРЫТИЯ РАСХОДОВ В АПТЕКЕ

Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с данным уведомлением. Здесь представлена важная информация о получении лекарственных средств в рамках компенсационных выплат работникам со стороны Страхового фонда штата Нью-Йорк (NYSIF).

NYSIF заключил соглашение с компанией CVS Caremark, организацией, осуществляющей управление программой выплат пособий на лекарства (PBM), которая владеет сетью аптек, о предоставлении работникам лекарственных средств, которые они могут получать в случае **производственных** травм или заболеваний. Это не отменяет вашего права на получение лекарственных средств, необходимых для лечения такого заболевания или травмы. Это лишь означает, что вы **должны** приобрести данное лекарственное средство в аптеке, включенной в сеть аптек CareComp, управляемой CVS Caremark. Данная сеть не ограничена аптеками CVS, но включает в себя более 67 000 аптек-участниц. Перечень аптек и их адреса можно получить:

- позвонив по номеру колл-центра CVS Caremark **(866) 493-1640**, или воспользовавшись текстовым телефоном для лиц с нарушениями слуха по номеру **(866) 200-2161**
- воспользовавшись веб-сайтом по адресу www.wcrxpharmacylocator.com
- воспользовавшись веб-сайтом NYSIF по адресу nysif.com/networkbenefits

Если вы получаете лекарственные средства в рамках заявки на компенсацию работникам, вам **следует** приобрести данное лекарственное средство в одной из этих аптек, за исключением случаев, когда:

- Вам требуется неотложная медицинская помощь, и нет разумной возможности приобрести необходимые вам лекарственные средства в аптеке сети, или
- Заказ по почте или телефону в этой сети невозможен, ни одна аптека сети не доставит вам товар, и ни одна из этих аптек не находится в пределах 15 миль, если вы проживаете в сельской местности, или 5 миль, если вы проживаете не в сельской местности. Если вы считаете, что это именно так, позвоните по одному из номеров, указанных в нижней части данной страницы.

Помните, что CVS Caremark оказывает услуги по отправке заказов по почте, через Интернет и по телефонной связи. Инструкции можно получить, позвонив в колл-центр CVS Caremark по номеру (866) 493-1640.

Все аптеки сети обязаны располагать достаточным запасам лекарственных средств, чтобы обслуживание осуществлялось без неоправданных задержек.

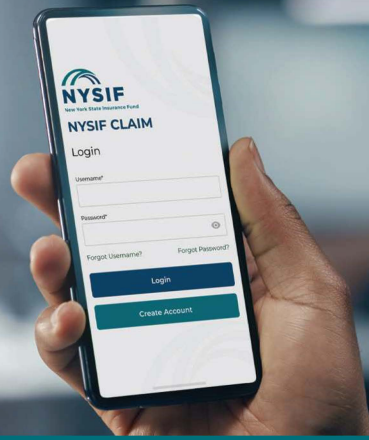
Все аптеки в магазинах должны быть открыты в обычное для вашего населенного пункта время.

Аптеки аптечной сети CareComp будут выставять счета NYSIF напрямую. **Вам не придется оплачивать лекарственные средства из собственного бюджета.**

Вы можете получить дополнительную информацию о сети аптек CareComp, позвонив по бесплатному круглосуточному номеру: (866) 493-1640.

Если у вас возникнут какие-либо вопросы или проблемы, пожалуйста, позвоните в NYSIF по номеру (888) 875-5790. Вы также можете обратиться в Совет по выплате компенсаций работникам штата Нью-Йорк по адресу general_information@wcb.ny.gov или (877) 632-4996, или к адвокату по работе с пострадавшими работниками по номеру (800) 580-6665. Дополнительная информация представлена по адресу www.wcb.ny.gov.

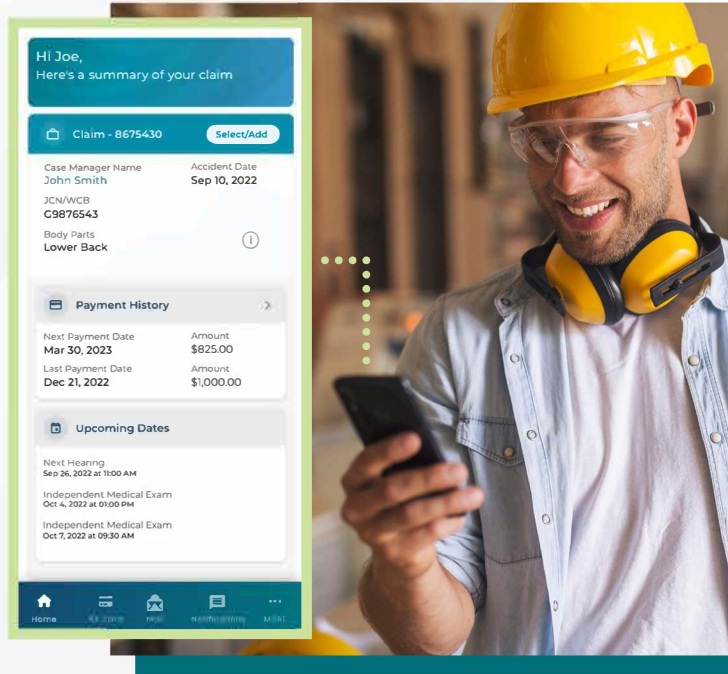
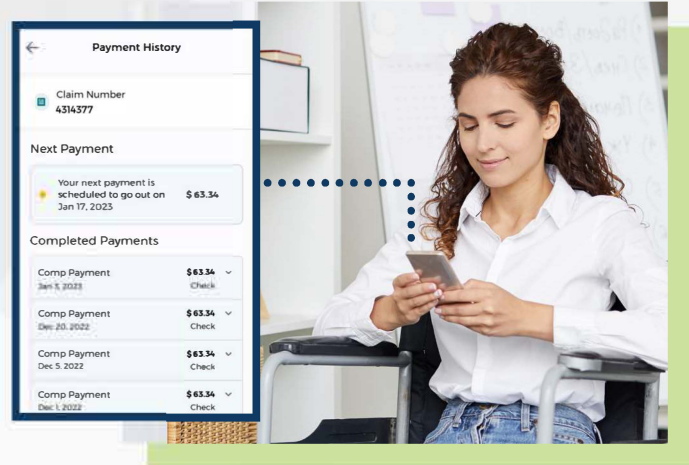
ВЛАДЕЛЕЦ ПОЛИСА - ПОЖАЛУЙСТА, РАЗМЕСТИТЕ НА ВИДНОМ МЕСТЕ



Подать заявку через приложение

Желаете проверить статус выплаты пособия или заявки на выплату компенсации работнику? Воспользуйтесь приложением NYSIF! С помощью мобильного приложения **NYSIF Claim Mobile App** вы можете легко получить доступ к информации о вашей заявке в режиме реального времени, в том числе:

- Проверить статус оплаты
- Получить контакты кейс-менеджера
- Узнать статус заявки
- Получить данные о предстоящих слушаниях и медицинских проверках



МАКСИМАЛЬНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ, ПРОЗРАЧНОСТЬ И ВОВЛЕЧЕННОСТЬ

Приложение **NYSIF Claim Mobile App** поможет вам с легкостью решать административные задачи:

- Найти номер заявки
- Просмотреть историю выплат
- Привязать к своему аккаунту другие заявки в NYSIF
- Получать уведомления
- Получить доступ к карте Rx
- Отправить сообщение по электронной почте своему менеджеру
- Зарегистрироваться, чтобы получить прямой перевод

ОТСКАНИРУЙТЕ



Скачай приложение **NYSIF Claim Mobile App** сегодня!

Дополнительная информация на nysif.com



Программа подачи заявки на сестринский уход



В период вашего восстановления с вами по телефону может связаться медицинская сестра из NYSIF, чтобы оказать вам поддержку.

Беседуя с вами, медсестра из NYSIF расскажет вам о том, как получить необходимое лечение, а также поможет определить ресурсы, доступные вам как пострадавшему работнику. Медсестра NYSIF также расскажет о преимуществах использования мобильного приложения NYSIF Claim, чтобы получить доступ к информации о вашей заявке на получение компенсации и ответит на любые ваши вопросы.



Ваше здоровье и восстановление - наши приоритетные задачи. Мы с нетерпением ждем с вами встречи.



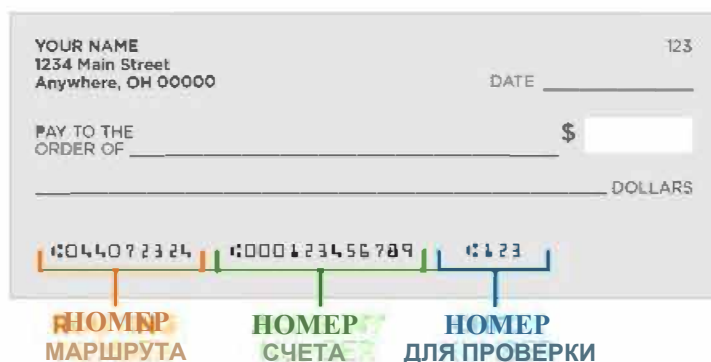
Получайте компенсационные выплаты прямым переводом!

Прямые переводы Страховой фонд штата Нью-Йорк

NYSIF предлагает прямые переводы заявителям при получении компенсационных выплат работникам. В сотрудничестве с вашим финансовым учреждением NYSIF может депонировать выплаты пособий непосредственно на ваш банковский счет. Вам предоставлена возможность выбрать распределение выплат между двумя банковскими счетами (в процентном соотношении).

ТРЕБОВАНИЯ ПО ТИПУ СЧЕТУ

Вы должны внести платеж на расчетный или сберегательный счет. Заполните всю информацию в форме для прямого перевода, включая номер маршрута вашего банка и номер счета (см. изображение). Обратитесь в свой банк, если вам необходима помощь.



YOUR NAME 1234 Main Street Anywhere, OH 00000 DATE 123

PAY TO THE ORDER OF \$

DOLLARS

044072324 000123456789 123

НОМЕР МАРШРУТА НОМЕР СЧЕТА НОМЕР ДЛЯ ПРОВЕРКИ

АНУЛИРОВАНИЕ

Данное соглашение остается в силе до тех пор, пока не будет аннулировано. Чтобы аннулировать соглашение, посетите сайт по адресу nysif.com, зарегистрируйтесь в качестве заявителя и выберите опцию "отписаться от прямых переводов". Кроме того, вы можете аннулировать соглашение, связавшись с менеджером по работе с претендентами NYSIF на сайте nysif.com и воспользовавшись быстрой ссылкой "Получить помощь по заявке". Данное соглашение также может быть аннулировано NYSIF или вашим финансовым учреждением. В любом случае вы получите последующие чеки по почте. Процесс аннулирования может занять до трех недель.

ИЗМЕНЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ СО СЧЕТОМ

Вы несете ответственность за уведомление NYSIF о любых изменениях в информации о вашем банковском счете (изменение номера счета, финансового учреждения и т. д.). Уведомите NYSIF, подав заявление на новый прямой перевод средств, которое представлено на веб-сайте по адресу nysif.com.

Если вы меняете счет или финансовое учреждение, вам следует вести работу со старым счетом до тех пор, пока на новый счет не поступит следующий платеж прямым переводом. Если старый счет не будет сохранен, вы можете столкнуться с задержкой платежа до тех пор, пока не будет получено разрешение на новый прямой перевод.

ПЕРИОДИЧЕСКАЯ ПРОВЕРКА

NYSIF может периодически обращаться к вам, чтобы уточнить информацию о счете для прямых переводов. Если получатель платежа скончался, немедленно сообщите об этом в NYSIF.

Чтобы получать средства в форме прямого перевода, заполните полностью данную форму и отправьте её по указанному ниже адресу. Дополнительная информация о ваших правах в отношении прямых переводов представлена по адресу nysif.com/directdeposit. Чтобы зарегистрироваться и получать прямые переводы необходимо заполнить все поля.

ИМЯ (ИМЯ, ФАМИЛИЯ): _____	№ ЗАЯВКИ НА КОМПЕНСАЦИЮ РАБОТНИКУ ОТ NYSIF _____	
ДОМАШНИЙ АДРЕС (НЕ УКАЗЫВАТЬ АБ. ЯЩИК): _____		
ГОРОД: _____	ШТАТ: _____	ИНДЕКС: _____
ЭЛ. ПОЧТА: _____	ТЕЛЕФОН: _____	
Введите всю информацию, включая номер вашего счета и номер банковского маршрута. Обратитесь в свое финансовое учреждение, если вам нужна помощь в заполнении этого раздела. Дополнительно: Если вы желаете разделить платежи между двумя банковскими счетами, заполните оба поля, которые относятся к банку. Процент распределения должен составлять 100% (например, 75% на счет № 1 и 25% на счет № 2). Если в какой-то момент ваш банковский счет станет недоступен, сумма, подлежащая выплате, будет отправлена бумажным чеком.		
СЧЕТ ДЛЯ ПРЯМЫХ ПЕРЕВОДОВ № 1 (расчетный или сберегательный): <input type="radio"/> Расчетный <input type="radio"/> Сбер. Распределение _____ % по чеку		
ФИНАНСОВОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ: _____		
№ МАРШРУТА _____	№ СЧЕТА _____	
СЧЕТ ДЛЯ ПРЯМЫХ ПЕРЕВОДОВ № 2 (расчетный или сберегательный): <input type="radio"/> Расчетный <input type="radio"/> Сбер. Распределение _____ % по чеку		
ФИНАНСОВОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ: № _____		
№ МАРШРУТА _____	№ СЧЕТА _____	
ПОДТВЕРЖДЕНИЕ И АВТОРИЗАЦИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ/ ПЛАТЕЛЬЩИКА		
Скрепляя подписью настоящую форму, я предоставляю полномочия NYSIF направлять платежи в финансовое учреждение (учреждения), указанное выше, для зачисления на указанный счет (счета). Я подтверждаю, что имею право на получение базовых компенсационных выплат или средств в рамках урегулирования, и обстоятельства, дающие мне право на получение выплат от NYSIF, не изменились. В случае если обстоятельства, влияющие на право получения выплат, изменились, я должен уведомить об этом NYSIF. Я осознаю, что для подачи заявления на выполнение прямых переводов я должен указать адрес электронной почты. Подавая данное заявление, я даю согласие на получение уведомлений на указанный адрес электронной почты.		
ПОДПИСЬ: _____	ДАТА: _____	

ОТПРАВЬТЕ ЗАПОЛНЕННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ ПО АДРЕСУ:

NYSIF
PO Box66699
Albany, NY 12206