

受傷工人的快速指南

您在工作中受傷。現在要怎麼辦？

如果您曾在工作場所受傷或患病，您可能有資格獲得工傷賠償金福利。您可能已經獲得醫療治療。如果還沒有，您應該盡快尋求醫療護理。

如果您需要索賠上的援助，可撥打 **Workers' Compensation Board（委員會）** 的電話 **(877) 632-4996**。

您的責任

- 以書面形式通知您的雇主，在書中詳述您受傷或患病的具體時間、地點以及如何發生的。在您受傷或患病後 30 天內盡快完成這一步。不要使用發簡訊的方式；而是應該發送信函、電子郵件或其他可以被保存或打印的文件。
- 告知您的醫療保健提供者您有與工作相關的傷或疾病，並且提供您的雇主的工傷賠償保險公司的名稱。如果您不知道您的雇主的保險公司的名稱，則可詢問您的雇主，或者立即聯繫該委員會。您的醫療保健提供者將向該委員會以及您的雇主或其保險公司提交醫療報告。需要向該委員會提交醫療報告，才可使您獲得您的福利。
- 提交《員工索賠表》（表格 C-3），盡快向該委員會報告您的傷情或疾病。您必須在兩年內告知該委員會您有受傷或患病。如果您以前曾傷到同一個身體部位，或者有過類似的疾病，您還必須提交《健康資訊的有限披露》（表格 C-3.3）。公民和移民身份不是影響工傷賠償的因素。

如何提交索賠

最快的方式：進入 **wcb.ny.gov**，然後選擇「File a Claim（提交索賠）」。

如有關於填寫表格 C-3 的問題，或者需要收到表格的副本，請撥打 **(877) 632-4996**。委員會的代表會幫助您。

醫療和出行開支

治療您與工作相關的傷或疾病的醫療護理，屬於為您免費提供的工傷賠償福利。您的雇主工傷賠償保險公司，將向您的醫療保健提供者直接支付您因受傷或患病的醫療賬單。如果保險公司就您的個案提出爭議，該醫療保健提供者會在委員會就您的個案做出對您有利的決定時收到付款。不過，如果該委員會做出對您不利的決定，或者如果您沒有為個案做進一步努力，您將需要向醫療保健提供者或醫院付款（或者將賬單提交到您自己的醫療保險公司）。

您雇主的工傷賠償保險承保您的醫療保健提供者開出的在醫療方面必要的藥物和設備。您也可報銷在出行接受治療時產生的里程、公共交通或其他必要費用。向您雇主的工傷賠償保險公司，並且使用《索賠人的醫療和出行開支記錄以及報銷申請》（表格 C-257）向該委員會提交這些支出（如果您有任何收據，也一併附上）。

一般來說，您可以選擇有該委員會授權的任何醫療保健提供者。您可以在 **wcb.ny.gov** 上使用「搜索醫療保健提供者」功能，搜索您所在區域有授權的醫療保健提供者。您還可以使用職業健康診所。不過，如果您雇主的工傷賠償保險公司有為工傷賠償傷害提供護理的首選提供者組織（PPO），您必須先在 PPO 網絡內的提供者處接受治療。如果保險公司還有藥房或診斷網絡，您必須在這些網絡內獲得服務。該保險公司必須告訴您其要求的提供者網絡以及如何使用這些網絡。不過，您可以在緊急情況下見任何提供者。

受傷工人的快速指南

針對工資損失的福利

如果您受的傷或疾病以下列一種或多種方式影響到您，您則有權獲得部分工資損失，這一部分必須被盡快支付：

1. 使您超過七個日曆日無法工作；
2. 您的身體部位經認定終身殘疾；並且/或者
3. 由於您現在的工作時間減少或從事其他工作，造成工資降低。

您在受傷或患病後痊癒之後，並且不期待有進一步醫療改善時（通常是在事故/疾病或手術——如果有做手術——之日後一年），您可以要求您的醫生評估您的事故/疾病是否有導致終身傷害/疾病。如要瞭解更多關於該福利的資訊，請進入 **wcb.ny.gov**，點擊「Worker（工人）」欄，然後選擇「Disability Classifications（殘疾分類）」。

您可聘請律師或持牌代表為您的索賠提供幫助，但這不是必須的。您或您的家人不應該直接支付您的律師或持牌代表。他們的費用經該委員會的批准，會從授予您的工資損失中扣除。

如果您的個案存在爭議，您可在個案被委員會待審期間獲得殘障福利。如要獲得《殘障福利索賠申請的通知和證明》（表格 DB-450），可進入 **wcb.ny.gov**；或者致電委員會，獲得援助，或者造訪委員會辦公室。如果個案的結果對您有利，則將從授予您的工資損失中扣除該殘障福利。

接下來會發生什麼？

工傷賠償保險公司會聯繫您。如果您的索賠申請被接受，您的醫療保健提供者會收到付款，工資損失福利也將開始。如果您的個案需要聽證會，該委員會將聯繫您。使該聽證流程更容易的線上資源有：

- **eCase**：您可以使用委員會的 eCase 系統，上傳並線上查看與個案相關的文件；委員會使用該系統處理受傷工人的索賠申請。您必須在 **wcb.ny.gov** 註冊 eCase。
- **虛擬聽證會**：您可以使用虛擬聽證會，選擇無需前往委員會辦公室的方式參加聽證會。在 **wcb.ny.gov/virtual-hearings** 上瞭解更多關於虛擬聽證會和委員會免費應用程序的資訊。

可用幫助

您有時需要返回工作崗位的幫助。您的雇主可能會安排替代性的或輕負荷的工作任務，使您在逐漸痊癒時能繼續工作。受傷或患病還可導致家庭或經濟問題。該委員會有可提供幫助的職業康復顧問和社會工作者。致電該委員會，瞭解更多關於可用服務的資訊並尋求援助。

如果您擔心阿片類止痛藥物的依賴性問題，請撥打紐約州 OASAS HOPELine：**877-8-HOPENY (877-846-7369)**。

重要聯絡資訊

Workers' Compensation Board	(877) 632-4996	claims@wcb.ny.gov
		wcb.ny.gov

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



**Workers'
Compensation
Board**



请填写本表单申请工伤或职业病劳工赔偿补贴。字迹务必工整。本表单也可在线填写，网址：www.wcb.ny.gov。

WCB 案件编号（若已知）：_____

A. 您的信息（雇员）

1. 姓名：_____ 2. 出生日期：_____/_____/_____
名 中名 姓
3. 邮寄地址：_____
门牌号和街道/邮箱 城市 州 邮政编码
4. 社会安全号码：_____ 5. 电话：(____) _____ 6. 性别： ☐ 男 ☐ 女
7. 如要参加本局的听证会，您需要翻译吗？ ☐ 是 ☐ 否 若需要，请说明需要何种语言的翻译服务_____

B. 您的雇主

1. 受伤时的雇主：_____ 2. 电话：(____) _____
3. 您的工作地址：_____
门牌号和街道 城市 州 邮政编码
4. 受雇日期：_____/_____/_____ 5. 主管姓名：_____
6. 列出您受伤/患病期间任何其他雇主的名称/地址：_____

7. 您是否因伤/病而在其他雇主处误工？ ☐ 是 ☐ 否

C. 您受伤或患病当日的工作

1. 您的工作职位或职位描述？_____
2. 您在工作时一般从事哪些活动？_____

3. 您的工作是（勾选一项） ☐ 全职 ☐ 兼职 ☐ 季节性 ☐ 自愿 ☐ 其他：_____
4. 您在每个工资结算期的（税前）工资总额是多少？_____ 5. 工资的支付频率是多少？_____
6. 在工资以外，您是否享有住宿待遇或小费？ ☐ 是 ☐ 否 若是，请说明：_____

D. 您所受伤害或所患疾病

1. 受伤日期或发病日期：_____/_____/_____ 2. 受伤时间：_____ ☐ 上午 ☐ 下午
3. 伤害/疾病发生在哪里？（如 1 Main Street, Pottersville, 前门）_____

4. 这是您日常工作的地点吗？ ☐ 是 ☐ 否 若否，您当时为什么在这里？_____

5. 当您受伤或者发病时正在做什么？（如从卡车上卸货，输入报告）_____

6. 伤害/疾病是怎么发生的？（如，一根管子绊了我一下，结果就倒在地上了）_____

7. 详细说明您所受伤害/所患疾病的性质；列出受到影响的部位（如左脚踝扭伤，前额划伤）：_____

您的姓名： _____
名 中名 姓

受伤/患病日期： _____/_____/_____

D. 您所受到伤害或所患疾病（续）

8. 伤害/疾病中涉及某个物体（如叉车、锤子、酸）吗？ ☐ 是 ☐ 否 若是，请指出 _____
9. 伤害是使用或操作有牌机动车造成的吗？ ☐ 是 ☐ 否
若是， ☐ 您的车辆 ☐ 雇主的车辆 ☐ 其他车辆 ☐ 车牌号（若已知）： _____
如果涉及到您的车辆，请给出您的机动车保险公司的名称和地址： _____
10. 您将伤/病通知您的雇主（或主管）了吗？ ☐ 是 ☐ 否
若是，通知的对象： _____ ☐ 口头 ☐ 书面 通知日期： _____/_____/_____
11. 有人看到您受伤了吗？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道 若是，请提供其姓名： _____

E. 重返工作岗位

1. 您因受伤/生病而停止工作了吗？ ☐ 是，日期是？ _____/_____/_____ ☐ 否，请跳至 F 部分。
2. 您恢复工作了吗？ ☐ 是 ☐ 否 若是，日期是？ _____/_____/_____ ☐ 正常工作 ☐ 有限工作
3. 如果您已恢复工作，您目前在为谁工作？ ☐ 同一雇主 ☐ 新雇主 ☐ 为自己工作
4. 您在每个工资结算期的（税前）工资总额是多少？ _____ 工资的支付频率是多少？ _____

F. 对伤害或疾病的医学治疗

1. 首次治疗的日期是？ _____/_____/_____ ☐ 未接受治疗（跳至问题 F-5）
2. 您是在现场接受治疗的吗？ ☐ 是 ☐ 否
3. 您是在哪里为您的伤害/疾病首次接受非现场治疗的？ ☐ 未接受治疗 ☐ 急诊室
☐ 医生办公室 ☐ 诊所/医院/急救中心 ☐ 住院超过 24 小时
您首次接受治疗的场所名称和地址： _____
_____ 电话号码：(____) _____
4. 您还在为这种伤害/疾病接受治疗吗？ ☐ 是 ☐ 否
请给出为您的这种伤害/疾病提供治疗的医生的姓名和地址： _____
_____ 电话号码：(____) _____
5. 根据记忆，您的同一身体部位受过伤害或者您患过类似疾病吗？ ☐ 是 ☐ 否
若是，是否接受过医生治疗？ ☐ 是 ☐ 否 若是，请提供为您治疗的医生的姓名和地址同时填写并提交表单 C-3.3 和本表单：

6. 上次受伤/患病与工作相关吗？ ☐ 是 ☐ 否
若是，您当时为之工作的与目前是同一雇主吗？ ☐ 是 ☐ 否

本人依照《劳工赔偿法》特此提出赔偿诉讼。本人签字证实，已尽本人所知在此提供真实而准确的信息。

任何人若故意或以欺诈为目的向任何保险公司或自我投保人提供或者安排提供含有任何重大虚假陈述的信息或隐瞒任何重大事实，或者有意准备此等信息并知道或相信其将被提供给任何保险公司或自我投保人，此等行为将构成犯罪，并可招致大额罚金和监禁等处罚。

雇员签字： _____ 姓名（印刷体）： _____ 日期： _____/_____/_____
雇员代表： _____ 姓名（印刷体）： _____ 日期： _____/_____/_____

仅当法律授权且雇员是未成年人、存在精神缺陷或无行为能力时，方可由他人代表该雇员签字。

本人保证，根据本人通过合理调查获得的认识、信息和看法，以上陈述及其他事实有证据支持，或者在合理调查或发现之后很可能获得证据支持。

律师/代表（若有）签字： _____ 日期： _____/_____/_____
姓名（印刷体）： _____ 职位： _____
身份证号（若有）： R _____ 若为持牌代理，牌证编号为： _____ 失效日期： _____/_____/_____

Employee Claim（员工索赔，C-3C 表格）填写说明

请填写此表，然后将其发送至本说明结尾处列出的劳工赔偿局（Workers' Compensation Board）集中邮寄地址。如果您在填写此表方面需要更多帮助，请致电 **1-877-632-4996** 联系劳工赔偿局。您也可以登录网站 **wcb.ny.gov** 在线填写此表。如果您没有或不知道您的劳工赔偿局个案编号，请将此字段留空。此字段不是必填字段，不会影响对您的索赔的处理。请记住在第 2 页的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，填写您的姓名、地址和要求的其他信息。

关于第 7 项的备注：劳工赔偿局听证会以英语进行。如果您需要翻译，请勾选是，并注明所需语种。

根据《纽约个人隐私保护法》（New York Personal Privacy Protection Law）下达的通知（《纽约公职人员法》第 6-A 条 (Public Officers Law Article 6-A)）和《1974 年联邦隐私法》（Federal Privacy Act of 1974）(5 U.S.C. § 552a)。

劳工赔偿局要求索赔人提供个人信息（包括他们的社会安全号码）的权力来自劳工赔偿局依照《工伤赔偿法》（Workers' Compensation Law, WCL）第 20 条享有的调查权以及依照 WCL 第 142 条享有的行政管理权。收集此信息的目的是协助劳工赔偿局以可能最权宜的方式调查和管理索赔，并帮助其保留准确的索赔记录。向劳工赔偿局提供您的社会安全号码属自愿行为。未在此表上提供您的社会安全号码不会受到任何处罚，也不会导致您的索赔被拒绝或福利减少。劳工赔偿局将会保护其持有的所有个人信息的机密性，只会在促进其执行公务并遵守适用州和联邦法律的情况下披露此类信息。

B 部分 - 您的雇主：

在 B 部分，填写您受伤/患病时所效力的雇主的姓名、地址、电话号码和其他信息。

备注：您的雇主是指签发您的工资单的公司或机构。如果您是位于某个工作地点或办事处的一名承包商，那么职业介绍所或雇佣您的供应商是您的雇主，您汇报工作时所在的工作地点或办事处并不是您的雇主。

C 部分 - 您受伤或患病当日的工作：

在 C 部分，填写您的职位名称、工作内容和工资信息。

D 部分 - 您所受伤害或所患疾病：

在 D 部分，填写您的受伤或患病信息。

第 1 项：填写您受伤的日期或您最初注意到自己生病的日期。

如果这是一种疾病或职业病，请跳过第 2 项。您受伤的日期必须采用月/日/年格式。年份应填写为四位数，如 2015 年。

第 2 项：填写受伤时间。勾选是上午还是下午。

第 3 项：注明受伤/患病时所处的地点，包括受伤/患病时所在楼宇和物理位置的地址。

第 4 项：勾选这是否是您的正常工作地点。如果不是，请解释您为什么在这个地方。

第 5 项：详细描述您在受伤/患病时正在做什么（例如，从卡车上徒手卸下箱子）。这段描述用于解释导致受伤的事件。

第 6 项：详细描述受伤/患病是怎样发生的（例如，我把一个很重的箱子搬下卡车）。这段描述应该包括受伤/患病中涉及的所有人员和事件。

第 7 项：全面注明您受伤/患病的性质和范围，包括所有受伤的身体部位。尽可能具体（例如，我尝试搬起一个很重的箱子时闪了腰。现在，弯腰或拿一些甚至较轻的东西都很痛）。

第 8 项：注明除了车牌的机动车外，事故中是否涉及某些物体。其他物体可以包括工具（例如锤子）、化学品（例如硫酸）、机械（例如叉车或钻床）等等。

第 9 项：注明事故中是否涉及有车牌的机动车。如果是，勾选该机动车是您的、您雇主的还是第三方的。注明车牌号码（如果知道）。如果涉及您的机动车，请填写您的汽车责任保险公司的名称和地址。

第 10 项：勾选您是否已向您的雇主或主管人员发出您受伤或患病的通知。如果是，注明通知接收者，以及通知是口头通知还是书面通知。注明您发出通知的日期。

第 11 项：勾选是否有任何其他人看到发生受伤的情况。如果有任何目击者，请注明他们的姓名。

E 部分 - 重返工作岗位：

第 1 项：如果您由于工作相关的受伤/患病而停工，请勾选“是”并注明您的停工日期。如果您没有停工，请勾选“否”并跳到下一部分。

第 2 项：如果您已经返回工作岗位，请勾选“是”。另请注明您重新开始上班的日期，以及您是承担您的“正常职责”还是“有限或受限职责”。（如果您不是承担受伤或患病前的全部职责，那么您是承担“有限职责”。）

第 3 项：如果您已经返回工作岗位，请注明您现在为谁工作。

第 4 项：填写您当前工作职位每个工资周期的工资总额（税前工资）。注明您多长时间收到一份工资单（每周、每两周等等）。

F 部分 一 对伤害或疾病的医学治疗：

第 1 项：如果您没有接受此受伤/患病的治疗，请勾选“没有接受”并跳到第 5 项。否则，填写您首次接受此受伤/患病治疗的日期，并完成本部分的其他项。

第 2 项：勾选您是否首次接受此受伤或患病的在工作场所治疗。

第 3 项：勾选您首次接受此受伤或患病的离开工作场所治疗的地点。注明医院的名称和地址，以及电话号码（包括区号）。

第 4 项：如果您仍在接受相同受伤或患病的持续治疗，请勾选“是”并注明提供治疗的医生的姓名和地址，以及电话号码（包括区号），否则勾选“否”。

第 5 项：如果您认为您的同一个身体部位已经受伤或患上类似的疾病，请勾选“是”并注明您是否曾经就此受伤或患病接受医生治疗。如果您曾经接受过某位医生的治疗，请注明提供护理的医生的姓名和地址，然后**填写C-3.3C 表格 并将其连同此表一同提交。**

第 6 项：如果您有旧伤或旧患，请勾选您的旧伤或旧患是否与工作有关。如果是，请勾选该受伤或患病是否是在为您目前的雇主工作时发生的。

在第 2 页为“员工签名”留出的地方签署C-3C 表格，以正楷书写您的姓名，并填写您签署该表的日期。如果有第三方代表员工签名，此人应该在第二个签名行上签名。如果您有法律代表，您的代表**必须**填写律师/代表证明部分并签名，详见第 2 页底部。

对于在职受伤或职业病，每名工作人员应该做些什么：

1. 立即告诉您的雇主或主管人员您受伤的时间、地点和经过。
2. 立即获得治疗。
3. 告诉您的医生向劳工赔偿局和您的雇主或其保险公司提交医疗报告。
4. 提出索赔，以获得赔偿，并将此表发送至最近的劳工赔偿局办公室。（见下文。）未能在受伤之日起两年内提交，可能导致您的索赔被拒绝。如果您在填写此表方面需要帮助，请致电或前往下列出的最近的劳工赔偿局办公室。
5. 在通知出席时，出席所有听证会。
6. 恢复后尽快返回工作岗位，赔偿金额从来不会像您的工资那样高。

您的权利：

1. 通常，您有权选择某位医生接受其治疗，只要这位医生经过劳工赔偿局授权即可。如果您的雇主参与首选提供者组织（Preferred Provider Organization, PPO）安排，您必须从指定为工伤赔偿受伤提供医疗服务的首选提供者组织获得初步治疗。
2. **不要**向医生或医院支付费用。如果您的个案不存在争议，他们的账单将由保险公司支付。如果您的个案存在争议，医生或医院必须等到劳工赔偿局裁决您的个案后才能获得付款。如果您不起诉您的个案或者劳工赔偿局判您败诉，您将必须向医生或医院支付费用。
3. 此外，您还有权报销您的医生合理开出的药物、拐杖或任何器械的费用，以及往返您医生的诊所或医院的交通费或其他必要费用。（索取此类费用的收据。）
4. 如果您由于受伤而不能工作超过七天、迫使您从事工资较低的工作、或导致您的任何身体部位终生残疾，您有权获得赔偿。
5. 赔偿可直接支付，不必等待判决结果，除非索赔存在争议。
6. 受伤的工作人员或已故工作人员的家属可以到劳工赔偿局亲理各种事宜，也可以聘请律师或授权代表来代表他们处理各项事宜。如果聘请律师或授权代表，其法务费用将由劳工赔偿局审核，如获批准，将由雇主或保险公司以任何应付的赔偿福利支付。受伤的工作人员或已故工作人员的家属不应直接向在赔偿个案中代表他们的律师或授权代表支付任何财物。
7. 如果您在返回工作岗位或者由于受伤而导致家庭或财务问题方面需要帮助，请联系离您最近的劳工赔偿局办公室，要求安排康复辅导员或社工人员。

此表应通过直接发送到下列地址进行提交：

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

免费客服电话：877-632-4996

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的权利的通知

受伤员工姓名	受伤员工社会安全号码	事故日期
雇主名称及地址		

致受伤员工：

为治疗您的工伤疾病，您可以选择由劳工赔偿局授权、且接收享受劳工赔偿权益的患者的任何内科医生、足科医生、按摩师或心理医生（由授权的内科医生转介）。

虽然您可以选择使用雇主或其劳工赔偿保险公司推荐的医疗网络或医疗服务提供者，或允许雇主代为选择医疗服务提供者，但您可以随时更换医疗服务提供者，而且不会影响您的劳工赔偿诉讼。

受伤员工签字_____
日期_____
证人签字_____
日期

请注意： 如果您的雇主 (i) 参加了《劳工赔偿法》第 10-A 条规定的认证优选医疗服务组织 (PPO)；或者 (ii) 参加了《劳工赔偿法》第 25(2-c) 节规定的替代性争议解决方案 (ADR) 试点计划，则您无需签署本同意书。根据这些法定方案，紧急情况下除外，对于具有劳工赔偿资格的任何伤/病，您必须至少在雇主指定的认证医疗服务网络或提供者处接受初期治疗。

致雇主：

雇主须向上述受伤员工提供经签署的本同意书的副本，并留下原件存档，劳工赔偿局有权随时检查。本同意书不得在员工受工伤或患病前签署，无需提交给劳工赔偿局。

劳工赔偿局对残障人士采无差别雇用和服务政策。



WCB 案件编号（若已知）：_____

致索赔人：如果您因同一身体部位曾有的伤害或与当前索赔中类似的疾病而接受过治疗，请填写此表。此表允许您在下方列出的医疗服务提供者向雇主的劳工赔偿保险公司披露有关您以前所受伤害/所患疾病的健康信息。联邦 HIPAA 法（1996 年版《健康保险可转移性与责任法案》）规定，您有权获得此表的副本。如果您不理解此表的内容，请与您的法律代表联系。如果您没有法律代表，则劳工赔偿局的工伤律师将为您提供帮助。请致电：800-580-6665。

致医疗服务提供者：这份遵照 HIPAA 的披露书允许披露索赔人的健康信息。如果您依照披露书向索赔人雇主的劳工赔偿保险公司递交病历，请同时邮寄副本给索赔人的法律代表。（如果以下未列出法律代表，请寄送给索赔人。）医疗服务提供者在披露病历时必须遵守纽约州法律和 HIPAA 法案的规定。

此披露书具有：

- **自愿性。**无论您是否签署此表，您的医疗服务提供者都必须为您提供相同的医疗照护、付款条件和权益。
- **限制性。**它只允许您的医疗服务提供者披露与您下方描述的曾患疾病相关的病历内容。
- **临时性。**当您的最新索赔诉讼确立，或索赔被驳回且所有上诉途径均已用尽时，披露书即会失效。
- **可撤销性。**您可以随时撤销本披露书。若要撤销，请向表中所列的医疗服务提供者发送撤销信函。同时分别抄送雇主的劳工赔偿保险公司和劳工赔偿局。说明：对于已经提供的病历，则将无法撤销。
- **仅适用于病历。**此表允许所列的医疗服务提供者将您的病历提供给雇主的劳工赔偿保险公司。

此表不允许医疗服务提供者披露以下信息：

- **HIV 相关信息**
- **心理治疗记录**
- **戒酒/戒毒治疗**
- **精神健康治疗**（您在下方勾选时除外）
- **口头信息**（您的医疗服务提供者不得与任何人讨论您的健康信息）

披露的任何病历都将存入劳工赔偿档案，依据《劳工赔偿法》，这些信息属于私密信息。

A. 您的信息（索赔人）

1. 姓名：_____
2. 社会安全号码：_____-_____-_____
3. 邮寄地址：_____
4. 出生日期：____/____/____
5. 当前受伤/患病的日期：____/____/____
6. 当前的伤/病，包括所有受伤的身体部位：_____
7. 您的法律代表的姓名和地址（若有）：_____

☐ 如果您允许医疗服务提供者披露精神健康信息，请勾选本项。

B. 您的医疗服务提供者（列出曾经为您同一身体部位所受伤害或类似疾病而治疗过的所有医疗服务提供者。如果超过 2 名，请在此表上另附联系信息。）

1. 提供者：_____
2. 电话：(____)_____
3. 邮寄地址：_____
4. 其他提供者（若有）：_____
5. 电话：(____)_____
6. 邮寄地址：_____

C. 请仔细阅读并在下面签字。本人特此要求以上所列医疗服务提供者向本人雇主的劳工赔偿保险公司提供与上述所有身体部位所受伤害/所患疾病相关的全部病历。

索赔人签字（请手写，并尽量使用蓝色圆珠笔。）

日期

如果索赔人不能签字，其代表必须填写以上内容并签字：

您的姓名

与索赔人的关系

签字（请手写，并尽量使用蓝色圆珠笔。）

日期



紐約州保險基金 藥房福利管理

紐約州保險基金（NYSIF）就員工工作相關的傷害或疾病，為您的雇主提供工傷保險。該計畫包括一個由 67,000 多家參與藥房組成的網路，作為一種簡單易行的方式，供您填寫醫療處方。如果您因工作相關的傷害或疾病而獲開具處方藥品，則必須在 CareComp 藥房網路內的藥房填寫。

NYSIF 還提供“立即配藥”服務，令您甚至在索賠獲得接受之前，也可以獲得藥房福利。雖然我們並非必須提供此項福利，但我們希望通過提供可在 CareComp 藥房網路內配藥的數量有限的處方藥品福利來幫助您度過工作相關傷害或疾病後最初的困難時期。

請使用本頁背面的表格——“工傷賠償臨時處方服務編號”，在任何參與藥房配製處方藥。如要填寫表格，請：

第一步：讓您的雇主填寫其**企業名稱**和**保單號碼**。

第二步：以您的**索賠**和**聯繫資訊**填寫表格的剩餘部分。

第三步：將**填好的表格**和**處方**帶到 CareComp 藥房網路的藥房。

第四步：在確認事故發生後的 10 天內，您將收到來自 **CVS Caremark** 的包裹。該包裹將包含在為與工作有關的傷害或疾病配製處方藥時應使用的**永久性身份證**。

您可以訪問 www.wcrxpharmacylocator.com 或撥打 24 小時病人護理熱線（866）493-1640 查找當地的參與藥房。

如果您有任何疑問或需要幫助，請訪問 www.nysif.com/networkbenefits 或撥打（888）875-5790 聯繫 NYSIF。



工傷賠償臨時處方服務編號 重要資訊

注意受傷的勞動者

當您首次配製處方藥時，必須向您的藥劑師提供此工傷賠償臨時處方服務編號表。
如果您有任何疑問或需要查找參與藥房，請致電1-866-493-1640聯繫
CVS Caremark客戶服務部。

藥劑師/雇主——表格填寫完畢後，傳真至CVS Caremark：1-866-493-1644

CVS Caremark將添加索賠人資訊，以便藥物得到處理。也可以致電1-866-493-1640通過電話提供這些資訊。

紐約州保險基金	組號：NYSIF
收件人：必須填寫以下所有項目。	
雇主名稱： _____	受傷勞動者的姓名： _____ 名 中間名 姓
雇主的 NYSIF 工傷賠償保單號碼： _____	受傷勞動者的郵寄地址： _____ 街道
受傷日期：____ / ____ / ____（年/月/日）	_____ 城市、州、郵編
受傷勞動者的出生日期： ____ / ____ / ____（年/月/日）	
受傷勞動者的社會保障號碼： _____	服務台：這是一個僅通過 CVS Caremark 進行的 POS 計畫。 如需說明，請撥打 866.493.1640 致電 CVS Caremark 服務台

藥劑師注意：

NYSIF的處方計畫由CVS Caremark管理。請按照下列的操作步驟輸入索賠。這些步驟為NYSIF索賠人提交處方所必需。

第一步	輸入Bin編號610235
第二步	輸入PCN：WRK
第三步	識別號：受傷勞動者的社會保障號碼

需要幫助？

藥劑師，如果您在處理索賠時有任何疑問，請撥打1-866-493-1640致電CVS Caremark幫助台。



直接存款

New York State Insurance Fund

nysif.com

透過直接存款來申領您的工傷賠償款項！

NYSIF 為申領人提供以直接存款方式收取工傷賠償福利金的選項。透過和您的金融機構一同合作，NYSIF 能直接將福利金款項直接存入您的銀行帳戶。

帳戶種類需求

請選擇一種帳戶：**支票**或**儲蓄**。完成直接存款單的所有資訊，包括您的受款銀行代碼和帳號(請參見圖示)。若您需要任何協助，請聯絡您的銀行。



取消

本協議在取消前將持續生效。若要取消您的協議，請前往 nysif.com，以申領人身分註冊後選擇「取消訂閱直接存款」選項。除此之外，您也可以使用 nysif.com 中「找到我的個案管理人」之快速連結，藉此聯絡您的 NYSIF 個案管理人。NYSIF 或您的金融機構也得取消本協議。無論如何，之後的福利金支票將會以郵件寄送。取消流程可能需費時最多三週。

對您的帳戶進行變更

若您的銀行帳戶資訊有任何變動 (帳號變更、金融機構變更等)，您有責任通知 NYSIF。提交新的直接存款申請表，藉以通知 NYSIF，申請表可在 nysif.com 上找到。

若您變更了帳戶或金融機構，在您的新帳戶收到下一筆直接存款款項前，您應該先保留您的舊帳戶。若您未保留舊帳戶，在新的直接存款授權生效前，您可能會經歷款項上的延遲。

定期驗證

NYSIF 可能會定期聯絡您，以驗證和您直接存款帳戶相關的資訊。如果受款人已經過世，請立即通知 NYSIF。

若要以直接存款方式領取福利金，請完成這份申請表，並將其寄回下方所列之地址。針對您要求直接存款的權利，若需要更多資訊，請前往 [NYSIF.COM/DIRECTDEPOSIT](https://www.nysif.com/directdeposit)。

姓名 (名字、中間名、姓氏):	NYSIF 工傷賠償福利金申領號碼:	
住家地址 (請勿使用郵政信箱):		
城市:	州:	郵遞區號:
電子郵件地址:		
電話:		
直接存款帳戶設定 (只能選擇一項): ☐ 支票 ☐ 儲蓄		
(請填寫所有資訊，包括您的帳號以及受款銀行代碼。若您在完成本部分時需要任何協助，請聯絡您的金融機構。)		
金融機構名稱:		
受款銀行代碼	帳號	
存款人/受款人證明與授權		
在本申請表上簽名，本人授權紐約州保險基金直接將款項存入上方所述的金融機構之指定帳戶中。本人保證具備收受上記補償款項或和解收益之資格，而賦予本人自 NYSIF 處領取福利金之身分條件並未改變。若此身分條件有任何改變，以致影響我收受此款項的資格有所變更，我必須通知 NYSIF 。我瞭解若要申請直接存款，我必須提供電子郵件地址。透過提交本申請表，我同意透過所提供的電子郵件地址收取電子通知。		
簽名:	日期:	

請將完成後的申請表寄至：

NYSIF
PO Box 66699
Albany, NY 12206