



Информация по заявлению - ВСЕ СООБЩЕНИЯ ДОЛЖНЫ СОДЕРЖАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Дата травмы/заболевания: _____ Номер дела WCB: _____ Мои права на лимитированные пособия по постоянной частичной инвалидности (PPD) истекают (ММ/ДД/ГГГГ): _____

Информация о работнике

Фамилия: _____ Имя: _____ Инициал второго имени: _____

Почтовый адрес: _____ Строка 2: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____ Страна: _____

Номер телефона для звонков в дневное время: _____ Адрес эл. почты: _____

В каких случаях необходимо отправлять Форму C-35 - Используйте данную форму, если Вы являетесь работником, получившим травму, и требуете пересмотра решения по Вашему делу в связи с крайними затруднениями, определенными в разделе 35 (3) Закона о компенсации работникам (Workers' Compensation Law), и Вы имеете постоянную частичную инвалидность с потерей свыше 75% своей трудоспособности, и Ваши права на лимитированные пособия истекут в течение одного года (365 дней или меньшего срока, начиная с сегодняшней даты).

Доход семьи, кроме заработной платы - Перечислите все ежемесячные доходы, не связанные с заработной платой.

Table with 4 columns: Source of income, Injured worker, Spouse/spouse, and Other adult living with injured worker. Rows include compensation payments, social benefits, child support, alimony, and other income.

Месячный прожиточный минимум - список ежемесячных сумм. О расходах, имеющих место не каждый месяц, читайте в инструкциях.

Table with 4 columns: Category of expense, Monthly expenses, Other expenses (specify), Monthly expenses. Rows include rent/mortgage, utilities, and phone/internet.

Другие факторы, способствующие крайним затруднениям - Используйте данное поле или приложите дополнительные листы, чтобы сообщить о любых других факторах, способствующих крайним затруднениям.

Large empty rectangular box for providing additional information or attachments.

Подпись травмированного работника: _____ Дата: _____

Любое лицо, которое сознательно и с МОШЕННИЧЕСКИМ НАМЕРЕНИЕМ подает, организует подачу любой информации с ЛОЖНЫМИ СУЩЕСТВЕННЫМИ ЗАЯВЛЕНИЯМИ, или подготавливает ее, зная или понимая, что она будет подана страховщику/самостраховщику или страховщиком/самостраховщиком, либо скрывает любой существенный факт, совершает уголовное ПРЕСТУПЛЕНИЕ, за которое предусмотрено наказание в виде крупных ШТРАФОВ И ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ.

Общая информация для травмированного работника об использовании данной формы

Вы можете направить данную форму (С-35) и любые приложения к ней в Совет по компенсации работникам по факсу, электронной или обычной почте. Адреса см. ниже. Пожалуйста, сохраните копию заполненной формы и подтверждающей документации. После рассмотрения заполненной формы Советом мы можем обратиться к Вам за дополнительной информацией. Если в этой форме недостаточно места для указания всех необходимых сведений, представьте дополнительную информацию в отдельном документе. В каждом документе четко укажите свое полное имя, номер дела WCB и дату получения травмы или возникновения заболевания.

1. Данная форма предназначена только для травмированных работников с постоянной частичной инвалидностью и потерей свыше 75% трудоспособности.
2. Эта форма может быть подана в Совет по компенсации работникам в течение года до даты завершения компенсационных выплат. Формы, подаваемые в срок, превышающий один год до даты завершения компенсационных выплат, возвращаются и не обрабатываются.
3. Укажите в данной форме доходы из всех источников, включая других людей, проживающих в семье травмированного работника. При необходимости используйте дополнительные листы. Также перечислите в данной форме расходы семьи и любые другие факторы, способствующие наступлению крайних затруднений.

Укажите месячные суммы расходов. В отношении расходов, которые имеют место не каждый месяц, выполните следующие преобразования:

Если счет оплачивается	Рассчитайте месячную сумму путем ее
Раз в квартал	деления на 3
Раз в неделю	умножения на 4,3
Раз в две недели	умножения на 2,17
Раз в каждые две недели (два раза в месяц)	умножения на 2

4. Представьте документацию по всем расходам и доходам семьи, указанным в форме С-35. Рассмотрение не до конца заполненных заявлений может быть отложено до получения недостающей информации.

Укажите идентификационные данные в верхней части формы С-35 и отправьте ее со ВСЕЙ НЕОБХОДИМОЙ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ по адресу:

Workers' Compensation Board
PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5205

Адрес для подачи формы по электронной почте: wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov • Линия для передачи факсимильных сообщений в пределах штата: (877) 533-0337

Раскрытие информации: Совет не будет передавать неуполномоченным лицам информацию о Вашем деле без Вашего согласия. Если Вы решите раскрыть такую информацию неуполномоченному лицу, Вы должны подать в Совет оригинал подписанной формы ОС-110А «Разрешение заявителя на раскрытие данных о компенсации работникам» (Claimant's Authorization to Disclose Workers' Compensation Records) или оригинал подписанного и нотариально заверенного письменного разрешения. Вы можете позвонить в местное отделение WCB для запроса формы ОС-110А, или ее можно скачать на нашем веб-сайте www.wcb.ny.gov. Форма находится в разделе Common Forms Online. Отправьте заполненную форму разрешения по указанному выше адресу.

Примечание в соответствии с Законом о защите персональных данных г. Нью-Йорка (New York Personal Privacy Protection Law) (статьей 6-А Закона о государственных служащих (Public Officers Law)) и Федеральным законом о конфиденциальности (Federal Privacy Act) от 1974 г. (§ 552a 5-го Свода законов США (U.S.C.)). Право Совета по компенсации работникам (далее - Совет) требовать от заявителей предоставления личных данных, включая номер социального страхования, обусловлено следственными полномочиями Совета по § 20 Закона о компенсации работникам (Workers' Compensation Law, WCL), и его административными полномочиями, предусмотренными § 142 WCL. Сбор этой информации осуществляется, чтобы помочь Совету наиболее эффективно расследовать заявления и управлять ими, а также вести их точный учет. Предоставление номера социального страхования Совету является добровольным. За непредставление номера социального страхования в данной форме штрафные санкции не предусмотрены; это не приведет к отклонению Вашего заявления или сокращению пособий. Совет обеспечивает конфиденциальность всех личных данных, которые находятся в его распоряжении, и передает их только в рамках своих официальных обязанностей и в соответствии с требованиями применимого законодательства, действующего на уровне штата и на федеральном уровне.