

**State of New York  
WORKERS' COMPENSATION BOARD**

**Notice of Right to Select a Workers' Compensation Board Authorized  
Health Care Provider**

|                             |  |                  |
|-----------------------------|--|------------------|
| Injured Employee's Name     | Injured Employee's Social Security No. | Date of Accident |
| Employer's Name and Address |  |                  |

**To the Injured Employee:**

For the treatment of your work-related injury or illness, you may choose any physician, podiatrist, chiropractor, or psychologist (upon referral from an authorized physician) who is Workers' Compensation Board authorized and who is accepting workers' compensation patients.

While you may choose to utilize a network or provider which is recommended by your employer or its workers' compensation insurance carrier or to permit your employer to select a provider on your behalf, you may, at any time, change your health care provider without jeopardizing your workers' compensation claim for benefits.

\_\_\_\_\_  
Signature of Injured Employee

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of Witness

\_\_\_\_\_  
Date

**Please note:** It is not necessary for you to sign this consent form if your employer is (i) participating in a certified preferred provider organization (PPO) under Article 10-A of the Workers' Compensation Law, or (ii) participating in the alternative dispute resolution (ADR) pilot program under section 25(2-c) of the Workers' Compensation Law. In accordance with these statutory programs, except in emergency situations, you must obtain at least initial treatment for any workers' compensation injury or illness from the certified network(s) or providers designated by your employer.

**To the Employer:**

The employer shall provide the above-named injured employee with a copy of this signed form and shall maintain the original form in the employer's records where it may be inspected by the Workers' Compensation Board at any time. This form shall not be submitted to the Workers' Compensation Board nor shall it be executed prior to the occurrence of this employee's work-related injury or illness.

The Workers' Compensation Board employs and serves people with disabilities without discrimination.

뉴욕주  
근로자재해보상위원회

근로자재해보상위원회가 승인한 의료 제공자를 선택할 권리에 관한  
통지서

|              |               |     |
|--------------|---------------|-----|
| 부상 직원의 성명    | 부상 직원의 사회보장번호 | 사고일 |
| 고용주의 이름 및 주소 |               |     |

**부상 직원에게:**

귀하의 작업 관련 부상 또는 질병의 치료를 위해 귀하는 근로자재해보상위원회에 의해 승인되었고 근로자재해보상 환자를 받아들이는 의사, 발전문가, 지압요법사 또는 심리사(승인된 의사의 의뢰시)를 선택할 수 있습니다.

귀하는 귀하의 고용주 또는 그의 근로자재해보상 보험회사가 추천한 네트워크 또는 의료 제공자를 활용하거나 귀하의 고용주로 하여금 귀하를 대신하여 의료 제공자를 선택하도록 허용하는 것을 선택할 수 있지만, 귀하는 귀하의 근로자재해보상 급여 청구권을 위태롭게 함이 없이 언제든지 의료 제공자를 변경할 수 있습니다.

|           |    |         |    |
|-----------|----|---------|----|
| 부상 직원의 서명 | 일자 | 입회인의 서명 | 일자 |
|-----------|----|---------|----|

**참고:** 귀하의 고용주가 (i) 근로자재해보상법 제10-A조에 의거한 인증된 선호 의료제공자 조직(PPO)에 참여하고 있거나, 또는 (ii) 근로자재해보상법 제25(2-c)조에 의거한 대안 분쟁 해소(ADR) 시범 프로그램에 참여하고 있는 경우, 귀하는 이 동의서에 서명할 필요가 없습니다. 응급 상황의 경우를 제외하고 이러한 법정 프로그램에 따라 귀하는 근로자 재해보상 부상 또는 질병에 대해 적어도 초기 치료는 귀하의 고용주에 의해 지정된 인증 네트워크 의료제공자로부터 받아야 합니다.

**고용주에게:**

고용주는 상기 부상 직원에게 이 서명된 양식의 사본을 제공해야 하고 원본 양식을 고용주의 기록에 유지해야 합니다. 근로자재해보상위원회는 언제든지 고용주의 기록에 있는 원본 양식을 검열할 수 있습니다. 이 서류를 근로자재해보상위원회에 제출해서도 안 되며 이 직원의 작업 관련 부상 또는 질병의 발생 전에 작성해서도 안 됩니다.

근로자재해보상위원회는 장애인을 차별 없이 고용하고 섬깁니다.