



請填寫本表格，以工傷或工作相關疾病為由申請勞工賠償福利金。請打字輸入或正楷書寫。本表格也可以在線上填寫：www.wcb.ny.gov。

WCB 案件編號（如果知道）：\_\_\_\_\_

A. 您的資訊（員工）

- 1. 姓名：\_\_\_\_\_ 2. 出生日期：\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
3. 郵寄地址：\_\_\_\_\_
4. 社會安全號碼：\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ 5. 電話號碼：(\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_
6. 性別：[ ] 男 [ ] 女 [ ] 第三性別
7. 如果您必須出席委員會的聽證會，您是否需要翻譯員？ [ ] 是 [ ] 否 如果是，需要什麼語言？\_\_\_\_\_

B. 您的雇主

- 1. 受傷時的雇主：\_\_\_\_\_ 2. 電話號碼：(\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_
3. 您的工作地址：\_\_\_\_\_
4. 您受傷的日期：\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 5. 您的主管的姓名：\_\_\_\_\_
6. 列出您受傷/患病時的任何其他雇主的名字/地址：\_\_\_\_\_
7. 您是否由於傷害/疾病而損失了其他工作的工時？ [ ] 是 [ ] 否

C. 在受傷或患病日您的工作

- 1. 您的工作頭銜或職責是什麼？\_\_\_\_\_
2. 您一般在工作時執行什麼類型的活動？\_\_\_\_\_
3. 您的工作是否為？（選取一項） [ ] 全職 [ ] 兼職 [ ] 季節性 [ ] 志工 [ ] 其他：\_\_\_\_\_
4. 您的每段工資結算期的總工資（稅前）是多少？\_\_\_\_\_ 5. 您多久領一次工資？\_\_\_\_\_
6. 除了工資以外，您是否還接受住宿或小費？ [ ] 是 [ ] 否 如果是，請描述：\_\_\_\_\_

D. 您的傷害或疾病

- 1. 受傷日期或發病日期：\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 2. 受傷時間：\_\_\_\_\_ [ ] 上午 [ ] 下午
3. 受傷/患病的地點？（例如，1 Main Street, Pottersville，正門）\_\_\_\_\_
4. 這是否為您的通常工作位置？ [ ] 是 [ ] 否 如果否，您當時為什麼在此位置？\_\_\_\_\_
5. 您在受傷或患病時正在做什麼？（例如，卸卡車，錄入報告）\_\_\_\_\_
6. 傷害/疾病是怎樣發生的？（例如，我絆倒管道，跌倒在地）\_\_\_\_\_
7. 詳細說明您的傷害/疾病的性質；列出受影響的身體部位（例如，左腳踝扭傷並且額頭割傷）：\_\_\_\_\_



您的姓名： \_\_\_\_\_  
名字 中間名 姓氏

受傷/患病的日期： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### D. 您的傷害或疾病 續

8. 傷害/疾病是否涉及物體（如叉車、錘子、酸）？  是  否 如果是，是什麼物體？ \_\_\_\_\_

9. 受傷是由於使用或操作有牌照的機動車造成的嗎？  是  否  
如果是，  您的車輛  雇主的車輛  其他車輛 車牌號（如果知道）： \_\_\_\_\_

如果涉及您的車輛，請提供您的機動車保險公司的名稱和地址： \_\_\_\_\_

10. 您是否已經通知您的雇主（或主管）傷害/疾病事件？  是  否  
如果是，通知了誰： \_\_\_\_\_  口頭  書面 提供通知的日期： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

11. 是否有任何人看到您受傷？  是  否  未知 如果是，請列出姓名： \_\_\_\_\_

#### E. 復工

1. 您是否由於傷害/疾病而停止了工作？  是，日期是？ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  否，跳到 F 部分。

2. 您是否復工了？  是  否  如果是，日期是？ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  正常職責  有限職責

3. 如果您已經復工，您現在為誰工作？  同一雇主  新雇主  個體經營

4. 您的每段工資結算期的總工資（稅前）是多少？ \_\_\_\_\_ 您多久領一次工資？ \_\_\_\_\_

#### F. 對此傷害/疾病的醫療治療

1. 您的首次治療的日期是？ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  未接受（跳到問題 F-5）

2. 您是否在現場接受了治療？  是  否

3. 您在哪裡接受了針對傷害/疾病的首次現場外醫療治療？  未接受  急救室  
 醫生診室  診所/醫院/緊急照護  住院超過 24 小時

您首次接受治療的場所的名稱和地址： \_\_\_\_\_ 電話號碼： ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

4. 您是否仍在接受傷害/疾病的治療？  是  否  
請給出為您治療此傷害/疾病的醫生的姓名和地址： \_\_\_\_\_ 電話號碼： ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

5. 您是否曾在同一身體部位受到其他傷害，或出現相似疾病？  是  否  
如果是，您是否得到了醫生的治療？  是  否 如果是，請提供為您進行治療的醫生的姓名和地址，以及  
**完成表格 C-3.3 並隨本表格一起提交：**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. 以前的傷害/疾病是否與工作相關？  是  否  
如果是，您當時的雇主是否與現在的相同？  是  否

我特此根據勞工賠償法提出福利索賠。我的簽字確認，我提供的資訊據我所知所信是真實並準確的。

任何知情並有意欺詐者，如提交、促成提交或在知情或相信將提交此類資訊的情況下準備的任何資訊，或透過保險公司或自我投保者提交的任何資訊，包含任何虛假陳述或隱瞞任何重大事實，構成犯罪，並將被處以高額罰款和監禁。

員工簽字： \_\_\_\_\_ 正階書寫姓名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
代表員工： \_\_\_\_\_ 正階書寫姓名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*僅當簽字者獲得法律授權，以及員工是未成年人、精神上無行為能力或者喪失能力之時，此人才可以代表員工簽字。*

基於我根據當時情況進行合理查詢後的所知所信，我證明，上文主張之指控和其他事實均有證據支持，或者很可能在獲得合理機會進一步調查或證據開示後獲得證據支持。

律師/代表簽字（如有）： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

正階書寫姓名： \_\_\_\_\_ 稱謂： \_\_\_\_\_

ID 號（如有）： R \_\_\_\_\_ 如果是持執照代表，則執照號碼： \_\_\_\_\_ 到期日期： \_\_\_\_\_

## 完成員工索賠的說明（表格 C-3）

請填寫此表並寄到本說明末尾所列的勞工賠償委員會的集中郵寄地址。如果您需要額外幫助完成本表格，請聯絡勞工賠償委員會，電話 1-877-632-4996。您也可以在线上填寫此表格：[wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov)。如果您沒有或不知道您的勞工賠償委員會案件編號，請將此欄位留空。處理您的索賠不必一定有案件編號。記得在第二頁的頂部輸入您的姓名和受傷/患病的日期。

### A 部分 - 您的資訊（員工）：

在 A 部分，輸入您的姓名、地址和其他要求的資訊。

**關於第 7 項的注意：**委員會的聽證會是用英語進行的。如果您需要翻譯員，請選擇是，並指出您需要的語言。

**根據《紐約個人隱私保護法》（公職人員法第 6-A 條）  
和《1974 年聯邦隱私法案》（5 U.S.C. § 552a）發出的通知。**

勞工賠償委員會（Workers' Compensation Board，簡稱委員會）要求索賠人提供個人資訊（包括他們的社會安全號碼）的權力，來自於勞工賠償法（Workers' Compensation Law, WCL）§ 20 規定的委員會調查權，以及 WCL § 142 規定的行政權。蒐集這些資訊是為了協助委員會以最快捷的方式調查和管理索賠，並幫助委員會保持準確的索賠記錄。向委員會提供您的社會安全號碼是自願的。不在此表格中提供您的社會安全號碼，不會受到任何處罰；也不會導致您的索賠被拒絕或福利減少。委員會將保護其掌握的所有個人資訊的機密性，只有在履行其官方職責並符合適用的州和聯邦法律時才會揭露這些資訊。

### B 部分 - 您的雇主：

在 B 部分，請輸入您在受傷/患病時工作的雇主的姓名、地址、電話號碼和其他資訊。

**注：**您的雇主是向您發放工資的公司或機構。如果您是某個工作地點或辦公室的承包商，那麼僱用您的人事機構或供應商就是您的雇主，而不是您報到的工作地點或辦公室。

### C 部分 - 在受傷或患病日您的工作：

在 C 部分，填寫您的工作頭銜、工作活動和工資資訊。

### D 部分 - 您的傷害或疾病：

在 D 部分，輸入您的傷害或疾病資訊。

**第 1 項：**輸入您受傷的日期或您注意到自己患病的最初日期。

如果是疾病或職業病，請跳過第 2 項。您受傷的日期必須用月/日/年的格式。年份應寫成四位數，例如：2015。

**第 2 項：**輸入受傷時的時間。確認是上午還是下午。

**第 3 項：**指出受傷/患病時的所在位置，包括建築物的地址和受傷/患病時在建築物內的實際位置。

**第 4 項：**確認這是否是您的正常工作地點。如果不是，請解釋您為什麼在這個位置。

**第 5 項：**詳細描述您受傷/患病時在做什麼（例如，徒手從卡車上卸箱子）。

這解釋了導致受傷的事件。

**第 6 項：**詳細描述傷害/疾病是如何發生的（例如，我從卡車上抬起一個沉重的箱子）。這應該包括與傷害/疾病有關的全部人和事。

**第 7 項：**充分指出您受傷/患病的性質和程度，包括所有受傷的身體部位。盡可能具體（例如，我在抬一個重箱時拉傷了背部。現在彎腰或拿更輕的東西都很疼）。

**第 8 項：**指出除了有牌照的機動車以外，事故是否還涉及其他物體。其他物體可能包括工具（如錘子）、化學品（如酸）、機械（如叉車或鑽機）等。

**第 9 項：**指出事故是否涉及有牌照的機動車。如果是，請確認涉及的機動車是您的，您的雇主的，還是第三方的。注明車牌號（如果知道）。如果涉及您的車輛，請填寫您的汽車責任保險公司的名稱和地址。如果 提交机动车辆管理 表格 M -104(机动车辆事故报告)，请连同C-3提交副本文件，这将有助 加 您获得可能的权 的流程。

**第 10 項：**確認您是否通知了您的雇主或主管傷害或疾病事件。如果是，請指出您通知了誰，以及是口頭還是書面通知。指出您提供通知的日期。

**第 11 項：**確認是否有其他人看到受傷的情況。如果有人看到了，請注明他們的名字。

### E 部分 - 復工

**第 1 項：**如果您因與工作相關的傷害/疾病而停止工作，請選取「是」，並注明您停止工作的日期。如果您沒有停止工作，請選取「否」並跳到下一部分。

**第 2 項：**如果您後來復工了，請選取「是」。還要指出您是在哪一天又開始工作的，以及您是否已經恢復了正常的工作職責，或者您是否處於有限或受限職責的狀態。（沒有恢復到受傷或患病前的全部工作職責，即處於有限職責的工作狀態。）

**第 3 項：**如果您已經復工，請指出您現在為誰工作。

**第 4 項：**輸入您現在所從事的工作在每段工資結算期的總工資（稅前）。指出您多久領一次工資（每週一次、每兩週一次，等等）。

## F 部分 - 對此傷害/疾病的醫療治療：

**第 1 項：**如果您沒有接受過這種傷害/疾病的治療，請選取「未接受」，並跳到第 5 項。否則，請填寫您第一次接受此傷害/疾病治療的日期，並完成本部分的其餘部分。

**第 2 項：**確認您在此次受傷/患病後，是否在工作現場接受了第一次治療。

**第 3 項：**選取您第一次在現場外接受傷害或疾病的醫療治療的位置。注明設施的名稱和地址，以及電話號碼（包括區號）。

**第 4 項：**如果您目前仍在接受同一傷害或疾病的治療，請選取「是」，並注明提供治療的醫生的姓名和地址以及電話號碼（包括區號）；否則請選取「否」。

**第 5 項：**如果您的同一身體部位已經受過傷或您有過相似疾病，請選取「是」，並指出您是否因該傷害或疾病接受過醫生治療。如果您接受過醫生的治療，請指出為您提供照護的醫生的姓名和地址，以及**完成表格 C-3.3 並隨本表格一起提交。**

**第 6 項：**如果您以前曾受傷或患病，請確認您以前的傷害或疾病是否與工作有關。如果「是」，請確認該傷害或疾病是否發生在為您現在的雇主工作期間。

在第 2 頁提供的員工簽字處簽署 C-3 表，正楷書寫您的姓名，並填寫您簽署該表的日期。如果有第三方代表員工簽字，該人應在第二行簽字。如果您有法律代表，那麼您的代表必須填寫並簽署第 2 頁底部的律師/代表的證明部分。

## 每名工作者在發生工傷或職業病時應該做什麼：

1. 立即告訴您的雇主或主管您何時、何地、如何受傷的。
2. 立即獲得醫療照護。
3. 告訴您的醫生向委員會和您的雇主或其保險公司提交醫療報告。
4. 填寫本索賠表，並將其送到最近的勞工賠償委員會辦公室。（請參閱下文。）未在受傷之日後兩年內提出，可能會導致您的索賠被拒絕。如果您在填寫此表時需要幫助，請打電話或到以下最近的勞工賠償委員會辦公室。
5. 在接到通知時，要去參加所有聽證會。
6. 在有能力時儘快復工；賠償金永遠不會和您的工資一樣高。

## 您的權利：

1. 一般來說，您有權由您選擇的醫生進行治療，只要他們得到委員會的授權。如果您的雇主參與了首選提供者組織 (PPO) 的安排，那麼您必須從被指定為勞工賠償傷害提供醫療保健服務的首選提供者組織獲得初始治療。
2. 不要向您的醫生或醫院付款。如果您的案件沒有爭議，那麼他們的帳單將由保險公司支付。如果您的案件有爭議，那麼醫生或醫院必須等委員會對您的案件作出裁決後才收款。如果您沒有起訴您的案件，或者委員會作出對您不利的裁決，那麼您將必須向醫生或醫院付款。
3. 您也有權報銷藥物、拐杖或由您的醫生適當開出的任何器具，以及往返醫生診室或醫院的車費或其他必要費用。（請獲得此類費用的收據。）
4. 如果您的受傷使您不能工作超過七天，迫使您以較低的工資工作，或者導致您身體的任何部分永久殘障，那麼您有權獲得賠償。
5. 賠償金可直接支付，無需等待判授，除非對索賠有爭議。
6. 受傷工作者或已故工作者的受撫養人可以在委員會面前代表自己，也可以聘請律師或有執照的代表來代表他們。如果聘請律師或有執照的代表，那麼他們的法律服務費將由委員會審查；如果得到批准，將由雇主或保險公司從任何應付的賠償金中支出。受傷工作者或已故工作者的受撫養人不應直接向在賠償案件中代表他們的律師或有執照的代表支付任何費用。
7. 如果您需要幫助復工，或者因為您的受傷而需要解決家庭或經濟問題，請聯絡離您最近的勞工賠償委員會辦公室，要求獲得康復顧問或社會工作者。

## 提交此表格時，應直接寄到以下地址：

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

**客戶服務免費電話：877-632-4996**