



填写本表之前，您可能需要咨询法律代表。您也可致电 1-800-580-6665，要求咨询本局的工伤律师。请完整回答所有问题。根据需要附上其他页面。

A. 您的信息

姓名: _____ WCB 案件编号 (若已知): _____
地址: _____
出生日期: _____ 社会安全号码: _____ 伤/残日期: _____

B. 您所受的教育 (请选择最高级别的教育)

高中以下 高中文凭或高中同等学历 (GED) 大学肄业 大学毕业
您在哪个国家或地区接受的最高级别的教育: 美国 其他 (请注明)
您接受过专业化工作培训或见习吗? 是 否
完成日期: _____ 获得的证书/牌照: _____
证书/牌照的失效日期: _____
您在军队服役过吗? 是 否 军兵种: _____ 日期: _____
在美国军队接受的专业培训: _____
请列出任何其他培训。给出学校/计划的名称、培训日期以及获得的学位或证书。

C. 您的工作经历

请列出过去 10 年从事过的所有职位 (如仓库工人、厨师等)，最近的排在最前面。如有必要可另附页说明。

工作职位: _____
工作职责: _____
持续时间 (年): _____
工作职位: _____
工作职责: _____
持续时间 (年): _____
工作职位: _____
工作职责: _____
持续时间 (年): _____

D. 您的英语知识和应用能力

请为各种能力选择合适的选项: 口语能力 很好 不太好 不会
阅读能力 很好 不太好 不会
写作能力 很好 不太好 不会

本人提供的信息真实准确。本人签字表示愿意承担伪证责任。

索赔人签字: _____
索赔人姓名 (请用印刷体书写): _____
日期: _____

VDF-1“丧失赚取收入能力——职业数据表”填写说明

请完整回答所有问题。如果需要请另附说明。请按下方列出的地址将此表寄送到劳工赔偿局。填写此表时，您可能需要咨询法律代表。您也可致电 1-800-580-6665，要求咨询本局的工伤律师。表中所述内容将用于确定您丧失赚取收入能力的情况。

如果您没有或者不知道您的劳工赔偿局案件编号，请将此栏留空，它并非处理索赔的必要项目。请务必输入您的姓名以及您受伤或患病的日期。

A 部分——您的信息：

- 输入您的全名。包括名、中名和姓。
- 输入您的劳工赔偿局案件编号（若已知）。
- 输入您的邮寄地址。包括邮箱号（若适用）、市、州和邮编。
- 输入您的出生日期。
- 输入您的社会安全号码。这对加快索赔的处理进度十分重要。
- 输入受伤日期。

B 部分——您所受的教育：

- 请勾选您所受的最高级别教育旁边的方框。
- 如果您完成了任何专业培训/见习，请勾选“是”。如果没有，请勾选“否”。如果您的答案为“是”，请列出培训和见习种类。请提供培训或见习的完成日期。请列出获得的任何证书或牌照及其失效日期。
- 如果曾在美国军队服役，请勾选“是”。否则，请勾选“否”。如果您的回答为“是”，请注明您在军队中服役的具体军兵种。请填写服役日期。列出接受过的任何职业和/或专业培训。
- 如果您完成了任何其他培训但并未在上方列出，请列出您接受过的培训种类。请注明您获得的任何学位或证书。

C 部分——您的工作经历：

- 列出您最近的工作职位（如仓库工人、厨师）。如果您曾在一个以上的雇主那里从事该工作，列出一次即可。
- 列出您的典型工作活动和职责。
- 请说明您从事该工作的持续时间。

D 部分——您的英语知识和应用能力：

- 指出您的英语知识和应用能力。

请向劳工赔偿局提交签字的原件，自己保留一份副本。

潜在雇主不能要求您披露您的劳工赔偿记录。请参见《劳工赔偿法》第 110-a 节。

如何提交本表

报告应直接寄送给劳工赔偿局（地址如下），同时抄送保险公司。也可将报告传真至本局全州通用的传真号码：1-877-533-0337。若有附加文件，请在每页上注明本局案件编号 (WCB #)。

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