

Информация о заявке — ЭТИ НОМЕРА НЕОБХОДИМО УКАЗЫВАТЬ ВО ВСЕХ СООБЩЕНИЯХ

Дата получения травмы/болезни: _____ Номер дела WCB: _____

Информация о травмированном работнике

Поставьте отметку, если адрес изменился

Фамилия: _____ Имя: _____ Ср. инициал: _____

Почтовый адрес: _____ Строка 2: _____

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

Номер телефона для связи в дневное время: _____ Адрес электронной почты: _____

Номер социального страхования: _____ Дата рождения: _____ Пол: М Ж X

Информация о работодателе

Наименование работодателя: _____

Почтовый адрес: _____ Строка 2: _____

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

Телефон работодателя: _____ Федеральный номер налогоплательщика: _____

Номер налогоплательщика — это... (выберите один вариант): SSN EIN

Причина настоящего запроса Инструкции: Отметьте все подходящие варианты. Обязательно приложите дополнительные формы, медицинские заключения, письма и т. д., требуемые для каждого отмеченного пункта. Если дополнительная информация уже была предоставлена, не прикладывайте ее еще раз, а заполните поле в конце данной формы**, указав номер или название формы и дату ее отправки в Совет. Подпишите форму и поставьте дату ниже.

Компенсационные выплаты:

- a. Я не работаю с _____ и не получаю выплаты. **Требуются медицинские документы, подтверждающие утрату трудоспособности.**
Отметьте все подходящие варианты:
 Я подал(а) заявку в связи с производственной травмой.
 Мой работодатель не выплачивает мне заработную плату.
 Моя заявка не была отклонена.
 Я не получал(а) решение, лишающее меня компенсации.
 Я предпринял(а) попытку урегулировать вопрос со страховщиком.
- b. Мои выплаты были прекращены или уменьшены.
- c. Я вернулся (вернулась) к работе с _____ с полной оплатой.
- d. Я зарабатываю меньше денег, чем до получения травмы. **Приложите текущий расчетный листок и медицинские заключения от вашего врача.**
- e. На момент несчастного случая/травмы я работал(а) на двух или более работодателей (работа по совместительству).
Приложите документ об общей недельной заработной плате (до уплаты налогов) и справку о периоде отсутствия на работе от второго работодателя.
- f. Я был(а) освобожден(а) из заключения _____, и я не получаю выплаты.
Приложите медицинское заключение с указанием факта утраты трудоспособности по причине состояния здоровья и документы об освобождении из заключения.
- g. Я не получал(а) выплаты согласно решению, зарегистрированному _____

Медицинские вопросы:

- h. Мой запрос предварительного разрешения (Prior Authorization Request, PAR) был отклонен страховщиком. **Приложите документ об отклонении PAR.**
Арбитражное рассмотрение WCB можно запросить только в том случае, если:
 При отклонении была указана категория «Административное» (Administrative) или «Нет юрисдикции» (No Jurisdiction).
Приложите документы, показывающие, почему отказ был необоснованным.
 Запрос PAR для особых услуг согласно MTG (MTG Special Services) или для отличия от MTG (MTG Variance) был отклонен по медицинским причинам.
 Запрос PAR для лечения частей тела, не включенных в MTG, стоимостью более 1000 долларов был удовлетворен частично.
- i. Мой запрос предварительного разрешения (PAR) для медикамента, медицинского оборудования длительного пользования, особых услуг согласно MTG (MTG Special Services) или для отличия от MTG (MTG Variance) был отклонен или удовлетворен частично Управлением медицинского директора (MDO).
Приложите Уведомление о разрешении (Notice of Resolution) в отношении лечения.



- j. Утрата трудоспособности у меня признана постоянной. **Приложите заключение врача о максимальном улучшении медицинского состояния (Maximum Medical Improvement, MMI)/необратимом ухудшении здоровья (форму C-4.3).**
- Поставьте отметку в этом поле, если на момент несчастного случая вам было менее 25 лет.
- k. Состояние моего здоровья изменилось. **Приложите медицинские справки.**
- l. Мой запрос на возмещение медицинских и транспортных расходов был отклонен или не был обработан. **Приложите квитанции и форму C-257.**

Прочие вопросы:

- m. У меня есть новая информация и/или запрошенная Советом информация относительно (**приложите документы**):
- n. Прочее (поясните подробно в поле ниже):

****Информация о документе (дата, название или заголовок, идентификатор формы):** _____

Подпись травмированного работника: _____ **Дата:** _____

Для травмированного работника: общая информация об использовании этой формы

Вы можете отправить данную форму (RFA-1W) вместе с приложенными документами (если имеются) в Совет по компенсациям работникам, если хотите, чтобы Совет выполнил конкретное действие по вашей заявке, или если вам нужно уведомить Совет о проблеме или ситуации, которая влияет на вашу заявку. Многие из часто запрашиваемых действий/ситуаций указаны в виде вопросов по компенсационным выплатам (пункты с а по g) или медицинских вопросов (пункты с h по l), но вы не ограничены указанными вопросами. Отметьте все подходящие варианты и/или укажите дополнительную информацию или пояснение в специальном поле (m или n).

Укажите идентифицирующую информацию в верхней части формы RFA-1W и отправьте форму **ВМЕСТЕ СО ВСЕМИ НЕОБХОДИМЫМИ ДОКУМЕНТАМИ*** по адресу:

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

Адрес для отправки по электронной почте: wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov

Совет свяжется с вами и всеми заинтересованными сторонами при выполнении действия по вашей заявке.

* После каждого пункта жирным шрифтом указаны требуемые документы. Например, если вы сообщаете Совету о том, что утрата трудоспособности для вас теперь считается постоянной (пункт j), вы должны приложить заключение врача о максимальном улучшении медицинского состояния/необратимом ухудшении здоровья (форму C-4.3).

ВЫ ДОЛЖНЫ ОТПРАВИТЬ КОПИЮ ЭТОЙ ФОРМЫ СТРАХОВЩИКУ (СТРАХОВЩИКАМ) ИЛИ НАПРЯМУЮ РАБОТОДАТЕЛЮ ИЛИ ЕГО СТОРОННЕМУ АДМИНИСТРАТОРУ, ЕСЛИ РАБОТОДАТЕЛЬ ЯВЛЯЕТСЯ САМОЗАСТРАХОВАННЫМ.

Если у вас есть другие вопросы, вы можете обратиться к **СОВЕТНИКУ ПО ЗАЩИТЕ ПРАВ ТРАВМИРОВАННЫХ РАБОТНИКОВ по телефону (800) 580-6665**. Дополнительную информацию о других услугах Совета можно получить на сайте Совета: www.wcb.ny.gov. Если вы хотите отслеживать свою заявку через Интернет, зарегистрируйтесь в сервисе eCase, следуя инструкциям по регистрации, приведенным на сайте Совета под ссылкой на eCase.

У вас есть право на юридическое представительство. Адвокат не имеет права взимать с вас плату напрямую за представление ваших интересов по заявке на компенсацию работнику. Если по вашей заявке вам будет присуждена выплата, запрос на оплату услуг адвоката должен быть одобрен Советом, а соответствующая сумма будет вычтена из выплаты страховщиком и перечислена напрямую адвокату.

Медицинское лечение — Медикаменты/медицинское оборудование длительного пользования/лечение/анализы — Эта форма используется в том случае, если медицинский запрос отклонен и вы запрашиваете в Совете помощь в связи с одной из причин, указанных в поле «h». Если предварительное разрешение обязательно и еще не запрашивалось, ваш поставщик медицинских услуг должен отправить запрос предварительного разрешения (PAR). Информация о подаче запросов предварительного разрешения (PAR) или неоплаченных медицинских счетов приведена на сайте WCB по адресу www.wcb.ny.gov.

ЛЮБОЕ ЛИЦО, КОТОРОЕ СОЗНАТЕЛЬНО И С ЦЕЛЬЮ ОБМАНА ПРЕДОСТАВЛЯЕТ, ДОБИВАЕТСЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ИЛИ ПОДГОТAVЛИВАЕТ КАКУЮ-ЛИБО ИНФОРМАЦИЮ, СОДЕРЖАЩУЮ ЛОЖНОЕ СУЩЕСТВЕННОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ ИЛИ СКРЫВАЮЩУЮ КАКОЙ-ЛИБО СУЩЕСТВЕННЫЙ ФАКТ, ЗНАЯ ИЛИ ПОЛАГАЯ, ЧТО ТАКАЯ ИНФОРМАЦИЯ БУДЕТ ПРЕДОСТАВЛЕНА СТРАХОВЩИКОМ/СТРАХОВЩИКУ ИЛИ САМОЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ/САМОЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ, СЧИТАЕТСЯ ВИНОВНЫМ В ПРЕСТУПЛЕНИИ, ЗА СОВЕРШЕНИЕ КОТОРОГО ПРЕДУСМОТРЕНЫ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ШТРАФЫ И ТЮРЕМНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Уведомление согласно закону штата Нью-Йорк «О защите и неприкосновенности частной жизни» (Закон о государственных служащих, статья 6-A) и Федеральному закону о неприкосновенности частной жизни от 1974 года (5 USC § 552a). Полномочия Совета по компенсациям работникам (далее «Совета») запрашивать у травмированного работника личную информацию, включая номер социального страхования, основаны на полномочиях на проведение расследований, имеющихся у Совета согласно § 20 Закона о компенсациях работникам (WCL), и на административных полномочиях согласно § 142 WCL. Данная информация собирается, чтобы помочь Совету оперативно расследовать и обрабатывать заявки и хранить точные записи о заявках. Предоставление номера социального страхования сотрудникам Совета не является обязательным. Если вы не укажете в этой форме свой номер социального страхования, это не приведет к назначению штрафа, отклонению вашей заявки или сокращению размера выплат. Совет защищает конфиденциальность всей персональной информации, которая находится в его распоряжении, и раскрывает ее исключительно при исполнении своих официальных обязанностей и в соответствии со штатным и федеральным законодательством.

RFA-1W (5-22)

Настоящая форма вместе с приложенными документами (если имеются) должна быть отправлена почтой или по электронной почте в Совет по компенсациям работникам.