

## 如何申请伤残抚恤金

不要在您的第一个伤残日期之前提交此表格。您必须在您伤残的第一天后 30 个日历日内提交填妥的申请表，以免失去抚恤金。自己应保留一份所有表格和文件的副本，留作记录。

1. 如果您使用此表格是因为您在受雇期间伤残或在雇佣终止后的四 (4) 周内伤残，则应向您的雇主或您最后一任雇主的保险公司提交填妥的申请表。您可以使用“雇主保险搜索”工具在工伤赔偿委员会网站 [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov) 上查找您雇主的伤残保险公司。
2. 如果您使用此表格是因为您在雇佣终止后超过四 (4) 周无业后伤残，您必须将填妥的申请表邮寄至：Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029。如果您对第 13.B.4 题回答“是”，请填写并附上 DB-450.1 表格。

**注意：**此表格有一部分由您的医疗保健提供者填写，还有一部分由您的雇主填写。在向您的雇主提供表格之前，请填写您的部分后复印一份自己保留。

- 医疗保健提供者必须在七天内将 B 部分已填妥的表格返还给您。如果出现延误，您必须等待将表格提交给您的保险公司。如果 B 部分不完整（或答案不完整），抚恤金支付可能会延迟。
- 您的雇主必须在三个工作日内将 C 部分已填妥的表格返还给您。如果出现延误，您不必等待继续——您应该将表格发送给您的保险公司。他们不能仅仅因为您的雇主未能填写其部分而拒绝您的伤残抚恤金申请。

### 重要须知：

您将在您休伤残假的第一天或雇主或保险公司收到您填妥的申请表（取较晚发生的一项）后 18 天内收到答复。如果您的申请被拒绝，您将收到《伤残抚恤金申领被拒绝通知》（DB-DEN 表）或《伤残抚恤金申领全部或部分被拒绝通知》（DB-451 表）。如果您收到 DB-DEN 表格，您将在您休伤残假的第一天或雇主或保险公司收到您填妥的申请表（取较晚发生的一项）后 45 天内收到一份包含附加信息的 DB-451 表。

如果您未在 18 天内收到答复（或未在 45 天内收到 DB-451 表），或者您对伤残抚恤金申领有疑问，请致电您雇主的保险公司。有关伤残抚恤金的一般信息，请访问 [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov) 或致电 (877) 632-4996 联系委员会的伤残抚恤金管理局。

### 伤残抚恤金申领通知和证明 (DB-450 表) 填写说明

#### A 部分- 员工信息 (须由员工填写)

您必须回答此部分中的所有问题。

**问题 9:** 输入平均每周总工资的最佳估计值。使用您在伤残前最后一任雇主处的总工资填写该表。如果您在伤残前 8 周内不止一位雇主，还请包含这些雇主的所有工资信息。

第 1 步：把伤残第一天之前最后八周内收到的所有工资总额（在任何扣款之前）加在一起，包括加班费和赚取的小费。（有关计算奖金和/或佣金的说明，请参阅步骤 3。）

第 2 步：用步骤一中计算得出的总工资除以八（如果少于八周，则除以工作周数），以计算平均每周工资。

第 3 步：如果您在伤残第一天之前的 52 周内收到奖金和/或佣金，请把按比例分配的每周金额与平均每周工资相加。要确定按比例分配的每周金额，请将过去 52 周内赚取的所有奖金/佣金相加，然后除以 52。

#### B 部分 - 医疗保健提供者的声明 (须由医疗保健提供者填写)

医疗保健提供者必须完整填写此声明，并在收到此表格后七天内返还表格。

#### C 部分 - 雇主信息 (须由雇主填写)

雇主必须在收到后三个工作日内填写并将其返还给员工。

**问题 6:** 如果在伤残期间继续支付工资，请具体说明如何支付工资——通过继续支付工资、使用带薪休假、病假等。

**问题 8:** 输入员工在伤残第一天之前最后八周内赚取的工资。支付的总金额是员工的每周总工资，包括该周赚取的任何加班费和小费，加上过去 52 周内收到的任何奖金或佣金的每周按比例分配的金额。（详细步骤请参阅 A 部分说明中的问题 9）。将支付的总金额相加，然后用总额除以八（如果少于八周，则为工作周数），计算平均每周总工资。

**纽约州**  
**伤残抚恤金申领通知和证明**

**A 部分 - 申领人信息** (请工整书写或键入回答)

1. 姓: \_\_\_\_\_ 名: \_\_\_\_\_ 中间名缩写: \_\_\_\_\_
2. 邮寄地址 (街道和公寓号): \_\_\_\_\_  
城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮编: \_\_\_\_\_
3. 日间联系电话: \_\_\_\_\_ 电子邮件地址: \_\_\_\_\_
4. 社会安全号码: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 5. 出生日期: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 6. 性别:  男  女  第三性别
7. 请描述您的伤残情况 (如果是受伤, 请说明受伤的原因、时间和地点): \_\_\_\_\_
- 
8. 您的伤残发生的日期: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 您那天是否是在工作岗位上?:  是  否  
您是否已从这种伤残中恢复?:  是  否 如果回答“是”, 您是在何时重返了工作岗位: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
此后您是否有过有偿或有薪工作?:  是  否 如果回答“是”, 请列出日期: \_\_\_\_\_
9. 伤残前最后一任雇主名称。如果您在伤残前八 (8) 周内有多于一位雇主, 请列出所有雇主。平均每周工资是根据您在伤残前八 (8) 周内赚取的所有工资计算得出。

伤残前的最后一任雇主			受雇期间		平均每周工资 (包括奖金、小费、 佣金、合理的食宿补 贴、租金等)
公司或商业名称	地址	电话号码	第一天 (月月/日日/年年年年)	工作的 最后一天 (月月/日日/年年年年)	

请在下表填入伤残第一天之前最后 8 周内赚取的总工资 (包括为上面列出的所有雇主工作获得的工资)

周数	工作的最后一天 (月月/日日/年年年年)	工作的天数	支付的总金额
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
		<b>计算得出的平均每周总工资:</b>	

10. 我的工作或是曾经是: \_\_\_\_\_ 职业 11. 工会成员:  是  否 如果回答“是”: \_\_\_\_\_ 工会名称或本地号码

12. 您在此伤残前是否正在申请或领取失业救济金?  是  否  
如果您在最后一天工作后未申请失业救济金, 或者如果您已申请但尚未领取失业救济金, 请充分解释原因: \_\_\_\_\_

如果您领取了失业救济金, 请提供领取的所有期间: \_\_\_\_\_

**A 部分 - 申领人信息** (请工整书写或键入回答)

13. 在此申领涵盖的伤残期间:

A. 您是否在领取工资、薪金或遣散费?  是  否

B. 您是否正在领取或申请:

1. 失业救济金?  是  否 2. 带薪家事假?  是  否

3. 对工作相关伤残的工伤赔偿?  是  否

4. 无过错机动车事故赔偿?  是  否 或涉及第三方的人身伤害赔偿?  是  否

5. 根据《联邦社会安全法》为此类伤残提供的长期伤残抚恤金?  是  否

**如果在第 13 题中任何项目中勾选“是”，请填写以下内容:**

我曾:  领取  申请: \_\_\_\_\_ 期间为: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 至: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

14. 在您伤残前一年 (52 周) 内, 您是否领取过其他伤残期的伤残抚恤金?  是  否

如果是, 支付方为: \_\_\_\_\_ 从: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 至: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

15. 在您伤残前一年 (52 周) 内, 您是否休过带薪家事假?  是  否

如果是, 支付方为: \_\_\_\_\_ 从: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 至: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

16. 若您的伤残发生在工作期间, 或您最后一天工作四周内, 您的雇主是否在收到您的通知或伤残表申请的 5 天内向您提供了根据《伤残法》您所享有的权利?  是  否

本人特此申领伤残抚恤金, 并证明在此申领涵盖的期间内, 本人处于伤残状态。我已阅读本表格的填写说明, 并且证明据我所知, 上述陈述 (包括任何随附陈述) 皆真实且完整。

\_\_\_\_\_  
申领人签名

\_\_\_\_\_  
日期

在申领人是未成年人、存在精神障碍或精神上无行为能力并且有合法授权的情况下, 才可由他人代表申领人签名。如果由非申领人本人签名, 请工整书写下方信息, 并填写和提交 OC-110A 表, 即《申领人工伤赔偿记录披露授权》。

\_\_\_\_\_  
代表申领人

\_\_\_\_\_  
地址

\_\_\_\_\_  
与申领人的关系

**B 部分 - 医疗保健提供者声明** (请工整书写或键入回答)

必须完整填写医疗保健提供者声明。主治医疗保健提供者应在收到此表格后的七 (7) 天内填写并将其交还给申领人。如果伤残是由怀孕引起或与怀孕有关, 请在第 7-e 项中输入预产期。不完整的回答可能会导致延迟支付抚恤金。

1. 姓: \_\_\_\_\_ 名: \_\_\_\_\_ 中间名缩写: \_\_\_\_\_

2. 性别:  男  女  第三性别 3. 出生日期: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

4. 诊断/分析: \_\_\_\_\_ 诊断代码: \_\_\_\_\_

a. 申领人症状: \_\_\_\_\_

b. 客观发现: \_\_\_\_\_

5. 申领人是否住院?:  是  否 自: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 至: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

6. 有手术指征?:  是  否 a. 类型 \_\_\_\_\_ b. 日期 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

7. 请输入以下日期	月	日	年
a. 您第一次接受对此伤残的治疗的日期			
b. 您最近一次接受对此伤残的治疗的日期			
c. 申领人因此伤残而失去工作能力的日期			
d. 申领人能够再次工作的日期 (请输入预估日期, 即使存在相当大的疑问。请勿使用“未知”或“未确定”等词语。)			
e. 如果与怀孕有关, 请勾选并输入日期 <input type="checkbox"/> 预产期或 <input type="checkbox"/> 实际分娩日期			

8. 在您看来, 此伤残是否是由于工作或职业病而造成的伤害?:

是  否 如果回答“是”, 是否已向委员会提交了医疗报告?  是  否

**我证明我是:**

\_\_\_\_\_  
(内科医生、脊椎按摩师、牙医、足病医生、心理学医生、护理助产士)

\_\_\_\_\_  
获得执照或认证所在州

\_\_\_\_\_  
执照号码

\_\_\_\_\_  
医疗保健提供者工整书写的姓名

\_\_\_\_\_  
医疗保健提供者签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
医疗保健提供者地址

\_\_\_\_\_  
电话号码

**C 部分 - 雇主信息** (须由雇主填写)

**1. 企业的法定全名和邮寄地址**

企业名称 \_\_\_\_\_  
邮寄地址 \_\_\_\_\_  
城市, 州 \_\_\_\_\_  
邮政编码 \_\_\_\_\_  
国家 (若不是美利坚合众国) \_\_\_\_\_

**2. 雇主的 FEIN:** \_\_\_\_\_

**3. 联系信息:**

伤残相关问题的雇主联系人姓名: \_\_\_\_\_  
雇主的联系电话号码: \_\_\_\_\_  
雇主的联系电子邮件地址: \_\_\_\_\_

**4. 员工是否是提供法定伤残抚恤金之工会的成员?**  是  否

\*如果回答是, 请提供工会名称、地址和联系信息 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. 员工信息:**

员工的职责:  员工  业主  合伙人  雇主的配偶  所有者  共同所有者

员工的雇用日期 (月月/日日/年年年年): \_\_\_\_\_

员工最后一天工作的日期: \_\_\_\_\_

员工重返了工作岗位的日期 (如果适用): \_\_\_\_\_

**6. 伤残期间工资是否曾继续?**  是  否

如果回答是, 什么类型? (PTO、病假、其他): \_\_\_\_\_

如果回答是, 雇主是否要求报销?  是  否

\*仅当雇主在伤残期间继续支付工资或员工使用病假时才可获得报销

**7. 员工的伤残是否与工作有关?**  是  否

**8. 输入员工在伤残之前最后 8 周的总工资, 从伤残开始的那一周开始, 然后计算平均每周总工资 (包括奖金、小费、佣金、合理的食宿补贴、租金等, 并参阅填写说明了解更多信息)**

周数	周结束日期 (月月/日日/年年年年)	工作的天数	支付的总金额
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
		计算得出的平均每周总工资:	

**9. 在过去 52 周内, 员工是否因以下原因休假:**

纽约州伤残  PFL  伤残和 PFL  无

伤残: 请提供伤残的具体日期 \_\_\_\_\_

PFL: 请提供 PFL 的具体日期 \_\_\_\_\_

**10. 员工是否依然与您有雇佣关系?**  是  否

如果回答否, 终止雇佣关系的日期: \_\_\_\_\_

**11. 如果员工曾领取失业救济金, 最后一次领取失业救济金的日期:** \_\_\_\_\_

**C 部分 - 雇主信息** (须由雇主填写)

我已阅读并承认以下欺诈信息, 并确认据我所知所信, 我提供的信息真实且准确。

雇主姓名和职务: \_\_\_\_\_

雇主签名: \_\_\_\_\_

雇主联系电话号码: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

通知依据《纽约个人隐私保护法》(公职人员法第 6-A 条) 和 1974 年《联邦隐私法》(《美国法典》(U.S.C.) 第 5 篇第 552a 条)。工伤赔偿委员会(即“委员会”)要求申领人提供其个人信息(包括他们的社会安全号码)的权力是基于委员会根据《工伤赔偿法》(WCL) 第 20 条所拥有的调查权, 以及根据 WCL 第 142 条所拥有的管理权。收集这些信息是为了帮助委员会以最便捷的方式调查和管理申领, 以及帮助其维护准确的申领记录。向委员会提供您的社会安全号码是自愿行为。不在此表格上提供您的社会安全号码不会受到处罚; 也不会导致您的申领被拒绝或抚恤金减少。委员会将保护其拥有的所有个人信息的机密性, 仅会在履行其公务时根据适用的州和联邦法律进行披露

《健康保险便利和责任法案》(HIPAA) 通知 - 为了裁定工伤赔偿申领或伤残抚恤金申领, WCL 第 13-a(4)(a) 条和《纽约州法典、规则与法规》(NYCRR) 第 12 篇第 325-1.3 条要求医疗保健提供者定期向委员会以及保险公司或雇主提供关于治疗的医疗报告。根据《美国联邦法规》(CFR) 第 45 篇第 164.512 条, 这些法律要求的医疗报告不受 HIPAA 对健康信息披露的限制。

信息披露: 未经您的同意, 委员会不会向任何未经授权的一方披露有关您的个案的任何信息。如果您选择将此类信息披露给任何未经授权的一方, 您必须向委员会提交一份签名的 OC-110A 表格原件, 即“申领人工伤赔偿记录披露授权书”。此表格可在 WCB 网站 ([www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov)) 上获取, 并可通过单击“表格”链接访问。如果您无法访问互联网, 请致电 (877) 632-4996。您也可以提交一份经过公证的签名授权书原件, 以代替 OC-110A 表格。

欺诈承认书 - 雇主或保险公司, 或任何员工、代理或代表雇主或保险公司行事的人员, 在报告、调查或理算本章规定的任何抚恤金申领或付款索赔的过程中, 有意对重要事实作出虚假陈述或描述, 以期避免提供此类付款或抚恤金, 都将被判处有期徒刑, 并处以巨额罚款和监禁。