

Фамилия Заявителя: _____ Номер социального обеспечения: _____

Бюро пособий по нетрудоспособности Совета штата Нью-Йорк по компенсациям работникам (New York State Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau)

Форма DB-450.1 «Свидетельство заявителя о ДТП без виновника или полученной травме» (Claimant's Statement Regarding No Fault or Personal Injury)

Указания для Заявителя: Заполните эту форму, если Ваша нетрудоспособность наступила после того, как Вы **были без работы дольше 4 (четырёх) недель**, и Вы указали в форме DB-450, что Ваша нетрудоспособность могла наступить в результате травмы, вызванной дорожно-транспортным происшествием без виновника, или в результате халатности либо неправомерных действий третьего лица (физического лица, фирмы и т. д.).

Статья 227 Закона о пособиях по нетрудоспособности (Disability Benefits Law) предусматривает, что председатель Совета по компенсациям работникам может установить залог в размере суммы выплаченного Вам пособия в отношении любого возмещения, которое Вы можете получить от третьего лица по судебному решению, в рамках урегулирования или на ином основании.

Закон предусматривает, что Вы можете лишиться права на пособие по нетрудоспособности и Вас могут обязать вернуть уже выплаченные Вам суммы, если Вы:

1. Согласились на предложение третьего лица об урегулировании в меньшей сумме, чем размер пособия, предусмотренного Законом о пособиях по нетрудоспособности, без письменного согласия председателя Совета по компенсациям работникам.
2. Подписали отказ от требований или претензий к третьему лицу, независимо от факта получения Вами каких-либо выплат.

Вы должны заполнить эту форму и представить ее вместе с заполненной Вами формой DB-450, для того чтобы своевременно получить пособие по нетрудоспособности.

ИНФОРМАЦИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ О ПРОИСШЕСТВИИ

1. Дата происшествия	2. Место происшествия (Укажите полный адрес, город, штат, почтовый индекс)		
3. Причина происшествия: <input type="checkbox"/> Транспортное средство <input type="checkbox"/> Производственная травма <input type="checkbox"/> Другое			
4. а. Вы подали иск против такого лица? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет б. Если «Нет», намереваетесь ли Вы подать такой иск? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «Да», укажите фамилию (название) и адрес лица (лиц)			
5. Если Вы наняли адвоката, укажите следующую информацию: Фамилия и адрес адвоката			Телефон:
6. Получили ли Вы какую-либо плату в порядке урегулирования по делу о травме? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «Да», укажите: Сумма урегулирования (\$) _____ Дата урегулирования: _____			
7. Получили ли Вы плату за медицинскую помощь не от своей страховой компании или плана медицинского страхования? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «Да», укажите название и адрес страховщика или другой стороны, производящей оплату			

Дорожно-транспортное происшествие (ДТП): заполните этот раздел и приложите форму MV-104 «Отчет о ДТП» (Report of Accident) или полицейский протокол о ДТП

8. Обращаетесь ли Вы за получением/получаете или намереваетесь ли Вы обратиться за получением/получить страховое возмещение по страховому случаю без виновника? Да Нет

Произошло ли ДТП с участием коммерческого транспортного средства: Да Нет

Если «Да», предъявляете ли Вы иск к третьему лицу: Да Нет Если «Нет», поясните.

Пояснения:

Компенсация за другую травму с участием третьего лица

9. Было ли это лицо застраховано на такой случай? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Название и адрес страховщика:	Номер страхового полиса
10. Были ли Вы застрахованы на случай этого происшествия? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Если «Да», укажите название и адрес страховщика	Номер страхового полиса

Настоящим я подтверждаю, что приведенные выше утверждения, включая любые мои сопроводительные заявления, являются, насколько мне известно, достоверными и полными.

Подпись Заявителя: _____ Дата: _____

