



업무상 상해나 업무 관련 질병으로 인한 산재 수당을 신청하려면 이 양식을 작성하십시오. 타이핑하거나 정자로 깔끔하게 작성하십시오. 이 양식은 www.wcb.ny.gov에서 온라인으로도 작성 가능합니다.

WCB 케이스 번호(알고 있는 경우):

A. 귀하의 정보(직원)

- 1. 성명: 이름, 중간 이름, 성
2. 생년월일: / /
3. 우편 주소: 번호 및 거리명/사서함/아파트 호수, 시, 주, 우편번호
4. 사회보장번호: - -
5. 전화번호: ( )
6. 성별: 남성, 여성, 기타
7. 위원회 심리 참석이 불가피할 경우 번역사가 필요하십니까? 예, 아니오

B. 귀하의 고용주(복수 가능)

- 1. 상해 당시 고용주:
2. 전화번호: ( )
3. 귀하의 근무지 주소: 번지 및 거리명, 시, 주, 우편번호
4. 채용일: / /
5. 담당 상사 성명:
6. 상해/질병 시점의 그 외 고용주(복수 가능) 이름/주소 기재:
7. 상해/ 질병의 결과로 해당 기타 고용(복수 가능)에서 근무 시간 손실이 있었습니까? 예, 아니오

C. 상해 또는 질병 날짜에 귀하의 직무

- 1. 당시 귀하의 직함이나 직무 내용은?
2. 근무 시 귀하는 일반적으로 어떤 유형의 활동을 수행하였습니까?
3. 당시 귀하의 직무 형태는? (하나에 체크) 전일제, 시간제, 시즌제, 자원봉사, 기타
4. 당시 급여 기간당 귀하의 총급여(세전)는?
5. 당시 급여 지급 빈도는?
6. 급여에 더해 숙박비나 봉사료(팁)를 받았습니까? 예, 아니오

D. 귀하의 상해 또는 질병

- 1. 상해일 또는 질병 발병일: / /
2. 상해 시간: AM, PM
3. 상해/질병이 발생한 장소는? (예: 1 Main Street, Pottersville, 정문에서)
4. 귀하의 평소 근무 장소였습니까? 예, 아니오
5. 상해를 입거나 질병이 생겼을 당시 귀하는 무엇을 하고 있었습니까? (예: 트럭에서 짐 내리기, 보고서 작성)
6. 어떻게 상해/질병이 발생하였습니까? (예: 배관에 발이 걸려 바닥에 넘어졌다)
7. 상해/질병의 성격을 완전히 설명하십시오. 문제가 생긴 신체 부위를 나열하십시오(예: 왼쪽 발목을 접질리고 이마가 긁힘):



귀하의 성명: \_\_\_\_\_  
이름                                      중간 이니셜                                      성

부상일/질병 발생일: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## D. 귀하의 상해 또는 질병 계속

8. 상해/질병에 사물(예: 지게차, 망치, 산성 물질)이 연관되어 있습니까?  예  아니오 “예”인 경우, 무엇입니까? \_\_\_\_\_
9. 허가받은 자동차의 사용 또는 운행의 결과로 상해를 입었습니까?  예  아니오  
“예”인 경우,  귀하의 차량  고용주의 차량  기타 차량  면허 번호판 번호(아는 경우): \_\_\_\_\_  
귀하의 차량이 연관된 경우, 귀하의 자동차 보험사 이름과 주소를 제공하십시오: \_\_\_\_\_
10. 귀하의 고용주(또는 상사)에게 상해/질병을 통지하였습니까?  예  아니오  
“예”인 경우, 통지 대상: \_\_\_\_\_  구두로  서면으로 통지일: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
11. 귀하의 상해 발생을 목격한 사람이 있습니까?  예  아니오  알 수 없음 “예”인 경우, 성명 기재(복수 가능): \_\_\_\_\_

## E. 근무 복귀

1. 상해/질병으로 인해 근무를 중단하였습니까?  예. 날짜는? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  아니오. 섹션 F로 넘어가십시오.
2. 근무에 복귀하였습니까?  예  아니오  “예”인 경우, 날짜는? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  정상 근무  제한적 근무
3. 근무에 복귀하신 경우, 지금 고용주는 누구입니까?  같은 고용주  새 고용주  자영업
4. 현재 급여 기간당 귀하의 총급여(세전)는? \_\_\_\_\_ 현재 급여 지급 빈도는? \_\_\_\_\_

## F. 해당 상해 또는 질병에 대한 의학적 치료

1. 첫 번째 치료의 날짜는 언제였습니까? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  받은 적 없음(질문 F-5로 넘어가십시오)
2. 현장에서 치료를 받았습니까?  예  아니오
3. 상해/질병에 대해 현장을 벗어나 처음으로 의학적 치료를 받은 장소는?  받은 적 없음  응급실  
 의사 진료실  의원/병원/긴급 치료 센터  24시간 이상 병원 체류  
처음으로 치료를 받은 곳의 이름과 주소: \_\_\_\_\_  
전화번호: ( ) \_\_\_\_\_
4. 해당 상해/질병에 대해 지금도 치료를 받고 있습니까?  예  아니오  
해당 상해/질병에 대해 귀하를 치료하는 의사(복수 가능)의 이름과 주소: \_\_\_\_\_  
전화번호: ( ) \_\_\_\_\_
5. 같은 신체 부위에 다른 상해를 입거나 유사한 질병이 있었습니까?  예  아니오  
“예”인 경우, 의사의 치료를 받았습니까?  예  아니오 “예”인 경우, 귀하를 치료한 의사(복수 가능)의 이름과 주소를 기재하고 **이 양식과 함께 양식 C-3.3을 같이 작성해 제출하십시오.**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. 이전 상해/질병이 업무 관련이었습니까?  예  아니오  
“예”인 경우, 현재 고용주와 같은 고용주를 위해 근무 중이었습니까?  예  아니오

이와 같이 산재보상법에 따른 수당을 청구합니다. 서명함으로써 본인이 제공하는 정보는 본인이 아는 한 진실되고 정확함을 확인합니다.

고의로 사취할 의도를 가지고 중대한 허위 진술을 포함하는 정보를 제시하거나, 제시되도록 유도하거나, 보험사 또는 자가보험자를 대상으로 또는 그에 의해 제시될 것임을 인지하고 허위 정보를 작성하거나 중대한 사실을 숨기는 경우 범죄 행위에 해당하며 벌금 및 징역형으로 처벌받을 수 있음을 인지합니다.

직원의 서명: \_\_\_\_\_ 성명(정자체): \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
직원 대리인: \_\_\_\_\_ 성명(정자체): \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

해당 직원이 미성년자이거나 정신적으로 박약하거나 무능력한 경우에 한해 임의의 개인이 법원의 허가를 받아 해당 직원을 대리하여 서명할 수 있습니다.

본인은 정황상 합리적인 탐구에서 얻은 본인의 지식과 정보에 의거하여, 상기에 주장한 사안 및 기타 사실 문제는 실질적 증거로 뒷받침이 되거나 합리적인 범주의 추가 조사 작업 후에 실질적 증거로 뒷받침할 수 있음을 확인합니다.

변호사/대리인의 서명(있는 경우): \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
성명(정자체): \_\_\_\_\_ 직함: \_\_\_\_\_  
ID 번호, 있는 경우: R \_\_\_\_\_ 면허를 소지한 대리인의 경우, 면허 번호: \_\_\_\_\_ 만료일: \_\_\_\_\_

## 직원 청구 작성 방법 (양식 C-3)

본 양식을 작성한 후 본 작성 방법 안내 말미에 기재된 산재보상위원회 중앙 우편 주소지로 송부해 주십시오. 본 양식을 작성함에 있어 추가적인 정보가 필요한 경우, 산재보상위원회에 **1-877-632-4996**번으로 연락하십시오. **wcb.ny.gov**에서 **온라인으로도 이 양식을 작성하실 수 있습니다.** 해당 산재보상위원회 케이스 번호를 가지고 있지 않거나 모르는 경우, 이 란은 공란으로 두십시오. 청구를 처리하는 데 필수 사항은 아닙니다. 잊지 말고 2페이지 상단에 귀하의 성명과 상해/질병 날짜를 기입하십시오.

### 섹션 A - 귀하의 정보(직원):

섹션 A에는 귀하의 성명, 주소 및 기타 요청 정보를 입력합니다.

**항목 7에 관한 참고 사항:** 위원회 심리는 영어로 진행됩니다. 번역사가 필요한 경우, 예를 선택하고 필요한 언어를 표시하십시오.

#### 뉴욕 개인 사생활 보호법(공무원법 6-A항) 및 1974년 연방 개인정보 보호법(5 U.S.C. § 552a)에 의거한 알림 사항.

청구인에게 사회보장번호 등 개인정보 제공하도록 요청하는 산재보상위원회(이하 위원회)의 권한은 산재보상법(WCL) § 20에 따른 위원회 조사 권한 및 WCL § 142에 따른 행정적 권한에 의거합니다. 이러한 정보를 수집하는 것은 위원회가 가능한 가장 편리한 방식으로 청구건을 조사 및 행정하도록 지원하고 정확한 청구 기록을 유지하는 데 도움을 주기 위함입니다. 위원회에 귀하의 사회보장번호를 제공하는 것은 자발적 의사에 따릅니다. 본 양식에 사회보장번호를 기입하지 않아도 불이익은 없습니다. 그로 인해 청구가 거부되거나 수당이 축소되는 일은 없을 것입니다. 위원회는 오직 공적 의무 수행을 촉진하기 위해 해당되는 주 및 연방법에 부합하는 한도 내에서만 이를 공개하는 등, 입수한 모든 개인정보의 기밀성을 보호할 것입니다.

### 섹션 B - 귀하의 고용주:

섹션 B에는 상해/질병 시점에 귀하가 근무 중이던 고용주의 이름, 주소, 전화번호 및 기타 정보를 입력합니다.

**참고:** 고용주는 귀하의 급여를 지불하는 회사 또는 기관입니다. 귀하가 작업 현장이나 사무실의 계약업자인 경우, 귀하가 출근하는 작업 현장이나 사무실이 아닌 귀하를 고용한 인력파견업체나 판매자(벤더)가 귀하의 고용주입니다.

### 섹션 C - 상해 또는 질병 날짜에 귀하의 직무:

섹션 C에는 귀하의 직함, 업무 활동 및 급여 정보를 입력합니다.

### 섹션 D - 귀하의 상태 또는 질병:

섹션 D에는 귀하의 상태 또는 질병 정보를 입력합니다.

**항목 1:** 상해를 입은 날짜나 처음 병에 걸렸음을 알게 된 날짜를 입력합니다.

질병이거나 업무상 질환인 경우, 항목 2로 넘어가십시오. 상해를 입은 날짜는 반드시 MM/DD/YYYY 형식이어야 합니다. 특히 연도는 예를 들어 2015와 같이 4자리를 기입해야 합니다.

**항목 2:** 상해가 발생한 시간을 입력합니다. AM(오전)이었는지 PM(오후)이었는지 체크하십시오.

**항목 3:** 상해/질병이 발생한 장소를 표시합니다. 상해/질병이 발생한 건물 주소와 건물 내 물리적 장소를 포함하십시오.

**항목 4:** 이곳이 귀하의 통상 근무 장소인지 표시합니다. 그렇지 않다면, 이 장소에 있었던 이유를 설명하십시오.

**항목 5:** 상해/질병 시점에 귀하가 무엇을 하고 있었는지 상세히 기재합니다(예: 트럭에서 수작업으로 상자를 내리고 있었다).

이는 상해에 이르는 이벤트를 설명해 줍니다.

**항목 6:** 상해/질병이 어떻게 발생하였는지 상세히 기재합니다(예: 무거운 상자를 들어 트럭에서 내리고 있었다). 여기에는 해당 상해/질병에 연관된 모든 인물과 이벤트가 포함되어야 합니다.

**항목 7:** 상해를 입은 모든 신체 부위를 포함해, 귀하의 상태/질병의 성격과 정도를 전체적으로 기술합니다. 최대한 구체적으로 기술하십시오(예: 무거운 상자를 들어 올리다가 허리를 삐끗했다. 지금은 훨씬 더 가벼운 물건을 들거나 굽혀도 허리가 아프다).

**항목 8:** 면허가 있는 자동차가 아닌 다른 사물이 사고에 연관되었는지 표시합니다. 다른 사물은 공구(예: 망치), 화학물질(예: 산성물질), 기계(예: 지게차나 드릴 프레스) 등이 있을 수 있습니다.

**항목 9:** 면허가 있는 자동차가 사고와 연관되었는지 표시합니다. 그렇다면, 연관된 자동차가 귀하의 것인지, 고용주의 것인지 또는 제3자의 것인지 표시하십시오. 면허 번호판 번호로 함께 기재합니다(아는 경우). 귀하의 차량이 연관된 경우, 귀하의 자동차 손해보험사 이름과 주소를 기재하십시오.

**항목 10:** 귀하의 고용주 또는 상사에게 이러한 상해/질병을 통지하였는지 표시합니다. 통지하였다면, 통지 대상은 누구이며 통지 방식이 구두였는지 서면이었는지 표시하십시오. 통지한 날짜도 함께 기재합니다.

**항목 11:** 상해가 발생할 때 목격할 사람이 있는지 표시합니다. 목격한 사람이 있는 경우, 성명을 함께 기재하십시오.

### 섹션 E - 근무 복귀:

**항목 1:** 업무 관련 상해/질병의 결과로 근무를 중단하셨다면, “예”에 체크하고 근무를 중단한 날짜를 기재합니다. 근무를 중단하지 않은 경우에는 “아니오”에 체크하고 다음 섹션으로 넘어가십시오.

**항목 2:** 이후 근무에 복귀하셨다면, “예”에 체크합니다. 또한 다시 근무를 시작한 날짜를 비롯해, 정상 근무로 복귀하였는지 혹은 제한적 근무로 복귀하였는지 표시하십시오. (상해 또는 질병 전의 완전한 근무로 복귀하지 않은 경우, 제한적 근무에 해당합니다.)

**항목 3:** 근무에 복귀하신 경우, 지금 고용주는 누구인지 표시합니다.

**항목 4:** 현재 근무 중인 직무에 대해 급여 기간당 총급여(세전)를 기재합니다. 급여를 수령하는 빈도를 표시하십시오(주급, 격주급 등).

### 섹션 F - 해당 상해 또는 질병에 대한 의학적 치료:

**항목 1:** 본 상해/질병에 대해 의학적 치료를 받지 않은 경우, “받은 적 없음”에 체크하고 항목 5로 넘어갑니다. 그렇지 않으면, 본 상해/질병에 대해 처음 치료를 받은 날짜를 기재하고 이 섹션의 나머지를 작성하십시오.

**항목 2:** 본 상해 또는 질병에 대해 현장에서 첫 치료를 받았는지 표시합니다.

**항목 3:** 상해 또는 질병에 대해 현장을 벗어나 처음으로 의학적 치료를 받은 장소에 체크합니다. 해당 시설의 이름과 주소를 비롯해 전화번호(지역 번호 포함)를 함께 기재하십시오.

**항목 4:** 여전히 같은 상해나 질병에 대해 계속 치료를 받고 있다면, “예”에 체크한 후 치료를 제공하는 의사의 성명과 주소를 비롯해 전화번호(지역 번호 포함)를 기재하십시오. 그렇지 않다면 “아니오”에 체크합니다.

**항목 5:** 같은 신체 부위에 이미 상해를 입었거나 유사한 질병이 있었던 경우, “예”에 체크한 후 해당 상해 또는 질병에 대해 의사 치료를 받았는지 표시하십시오. 의사의 치료를 받았다면, 치료받은 의사의 성명과 주소를 기재하고 **본 양식과 함께 양식 C-3.3을 같이 작성합니다.**

**항목 6:** 예전 상해나 질병이 있었던 경우, 예전 상해나 질병이 업무 관련인지 체크합니다. “예”인 경우, 그러한 상해나 질병이 현재 고용주를 위한 근무 중 발생한 것인지 표시하십시오.

양식 C-3의 2페이지에서 직원의 서명을 위해 제공된 공간에 서명하고, 본인의 성명을 정자체로 기재한 후 양식에 서명한 날짜를 기재합니다. 제3자가 직원을 대신해 서명하는 경우, 해당인은 두 번째 서명란에 서명해야 합니다. 귀하에게 법정 대리인이 있는 경우, 이 법정 대리인은 반드시 2페이지 하단의 변호사/법정 대리인의 확인 섹션을 작성 및 서명해야 합니다.

### 업무상 상해 또는 업무상 질환 발생 시 모든 근로자가 지켜야 할 사항:

1. 즉시 고용주나 상사에게 언제, 어디에서 어떻게 상해를 입었는지 알려주세요.
2. 즉시 의료 처치를 받으십시오.
3. 담당 의사에게 위원회와 귀하의 고용주 또는 고용주의 보험사에 진료 보고서를 접수하도록 요청하십시오.
4. 본 보상 청구서를 작성한 후 가장 가까운 산재보상위원회 사무소에 송부하십시오. (아래를 참조하십시오.) 부상일 후 2년 내에 접수하지 않을 경우, 청구가 거부될 수 있습니다. 이 양식을 작성함에 있어 도움이 필요할 경우, 아래 기재된 가장 가까운 산재보상위원회 사무소에 전화하거나 방문하십시오.
5. 출석이 통지된 경우 모든 심리에 참석하십시오.
6. 근무가 가능한 경우 최대한 빨리 근무지에 복귀하십시오. 보상액은 귀하의 급여를 초과하지 않습니다.

### 귀하의 권리:

1. 일반적으로, 위원회의 승인을 받은 경우 귀하는 본인이 선택하는 의사의 치료를 받을 자격이 있습니다. 귀하의 고용주에게 우대 제공자 조직(PPO) 사전 협의 사항이 있는 경우, 귀하는 반드시 산재 상해에 대해 의료 서비스를 제공하기로 지정되어 있는 우대 제공자 조직으로부터 최초의 치료를 받아야 합니다.
2. 담당 의사나 병원에 바로 지불하지 **마십시오**. 귀하의 케이스에 대해 분쟁이 있는 경우를 제외하고 의료비는 보험사에서 지불합니다. 귀하의 케이스에 분쟁이 있는 경우, 해당 의사나 병원은 위원회에서 결정을 내릴 때까지 지불을 기다려야 합니다. 귀하가 케이스를 추진하지 못하거나 위원회가 귀하에게 불리한 결정을 내릴 경우, 귀하가 의사나 병원에 지불해야 합니다.
3. 귀하는 또한 의사가 적합하게 처방한 약품, 목발 또는 그 외 장비, 의사 진료실이나 병원을 오가는 교통비 또는 기타 필요한 경비에 대해 변제를 받을 자격이 있습니다. (해당 경비에 대해서는 영수증을 받으십시오.)
4. 귀하의 상해로 인해 7일을 초과하는 기간 동안 일할 수 없거나, 더 낮은 임금으로 일할 수밖에 없거나, 신체 부위에 영구 장애를 입은 경우, 귀하는 보상을 받을 자격이 있습니다.
5. 보상금은 직접 수령이 가능하며 해당 청구에 분쟁이 있는 경우를 제외하고 지급 판정을 기다리지 않아도 됩니다.
6. 상해를 입은 근로자 또는 사망한 근로자의 부양가족은 위원회 앞에서 사안에 대해 스스로를 대변하거나 본인을 대변할 변호사나 면허가 있는 대리인을 보유할 수 있습니다. 변호사나 면허가 있는 대리인을 선임한 경우, 위원회에서 해당 법률 서비스에 대한 수임료를 검토하며, 승인될 경우 지급 대상 보상 수당에서 고용주나 보험사가 지불하게 됩니다. 상해를 입은 근로자 또는 사망한 근로자의 부양가족은 보상 케이스에서 그들을 대변하는 변호사나 정식 대리인에게 어떤 것도 직접 지불해서는 안 됩니다.
7. 근무 복귀나 상해로 인한 가정 또는 재무 문제와 관련해 도움이 필요하시면, 가장 가까운 산재보상위원회 사무소에 연락해 재할 상담사나 사회복지사를 요청하십시오.

**본 양식은 아래 기재된 주소로 바로 송부해 접수해야 합니다.**

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

**고객 서비스 수신자 부담 전화: 877-632-4996**