

**STATE OF NEW YORK - WORKERS' COMPENSATION BOARD**  
**УПРАВЛЕНИЕ ПО КОМПЕНСАЦИЯМ РАБОТНИКАМ, ШТАТ НЬЮ-ЙОРК**

**NOTICE OF COMPLIANCE  
TO EMPLOYEES**

**ИЗВЕЩЕНИЕ О СОБЛЮДЕНИИ УСТАНОВЛЕННЫХ ТРЕБОВАНИЙ  
ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ РАБОТНИКОВ**

**IMPORTANT INFORMATION FOR EMPLOYEES WHO ARE INJURED  
OR SUFFER AN OCCUPATIONAL DISEASE WHILE WORKING.**

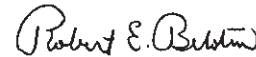
**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ РАБОТНИКОВ, ПОЛУЧИВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ ТРАВМУ ИЛИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.**

1. By posting this notice and information concerning your rights as an injured worker, your employer is in compliance with the Workers' Compensation Law.
2. If you do not notify your employer within 30 days of the date of your injury your claim may be disallowed, so do so immediately.
3. You are entitled to obtain any necessary medical treatment and should do so immediately.
4. You may choose any doctor, podiatrist, chiropractor or psychologist referred by a medical doctor that accepts NY State Workers' Compensation patients and is Board authorized. However, if your employer is involved in a certified preferred provider organization (PPO) you must first be treated by a provider chosen by your employer and your employer must give you a written statement of your rights concerning further medical care.
5. You should tell your doctor to file copies of medical reports concerning your claim with the Workers' Compensation Board and with your employer's insurance company, which is indicated at the bottom of this form.
6. You may be entitled to lost time benefits if your work-related injury keeps you from work for more than seven days, compels you to work at lower wages or results in permanent disability to any part of your body. You may be entitled to rehabilitation services if you need help returning to work.
7. You should not pay any medical providers directly. They should send their bills to your employer's insurance carrier. If there is a dispute, the provider must wait until the Board makes a decision before it attempts to collect payment from you. If you do not pursue your claim or the Board rules that your injury is not work-related, you may be responsible for the payment of the bills.
8. You are entitled to be represented by an attorney or licensed representative, but it is not required. If you do hire a representative do not pay him/her directly. Any fee will be set by the Board and will be deducted from your award.
9. If you have difficulty in obtaining a claim form or need help in filling it out, or if you have any other questions or problems about a job-related injury, contact any office of the Workers' Compensation Board.

1. Во исполнение Закона о Компенсациях работникам, работодатель разместил данную информацию о правах работников, получивших травмы на производстве.
2. В случае получения производственной травмы необходимо уведомить об этом работодателя в течение 30 дней, в противном случае пострадавшему работнику будет отказано в выплате компенсации.
3. Пострадавший на рабочем месте работник имеет право на любую необходимую медицинскую помощь, и должен без промедления обратиться за ней.
4. Работник, получивший травму или заболевание на рабочем месте, имеет право обратиться к врачу любой специализации по своему усмотрению, в том числе, к ортопеду, мануальному терапевту или психологу, оказывающему медицинские услуги, принимающему с разрешения Управления по компенсациям работникам штата Нью-Йорк пациентов, направленных Управлением. Однако, если работодатель придерживается списка сертифицированных рекомендованных специалистов и лечебных учреждений, то, в первую очередь, пострадавшему на производстве работнику необходимо обратиться к специалисту, выбранному работодателем. При этом работодатель обязан выдать работнику документ, в котором будут изложены права работника на дальнейшее медицинское обслуживание.
5. Работнику, получившему производственную травму или заболевание, следует предупредить своего лечащего врача о необходимости должным образом регистрировать и хранить все медицинские справки и заключения, поскольку они будут необходимы при подаче заявления о выплате компенсации в Управление по компенсациям работникам и выбранному работодателем страховую компанию, информация о которой приведена в нижней части документа.
6. Если в результате полученной на рабочем месте травмы работник потерял трудоспособность на семь дней и более, вынужден был перейти на работу с меньшей заработной платой или если травма привела к стойкому нарушению функций какой-либо части тела, или органа, то работник имеет право на получение компенсации за потерянное время. Если после травмы, полученной на работе, работник не может без внешней помощи вернуться к прежней работе, то работнику также может быть предоставлено медицинское обслуживание для восстановления трудоспособности.
7. Работник, получивший травму/заболевание на рабочем месте, не обязан платить за какое-либо потребовавшееся в этой связи медицинское обслуживание самостоятельно. Медицинское учреждение направляет счет за услуги пострадавшему работнику в страховую компанию, выбранную работодателем. В случае возникновения разногласий по этому вопросу, прежде чем требовать у пострадавшего на рабочем месте пациента оплаты оказанных ему/ей услуг, медицинское учреждение обязано дожидаться решения Управления по данному вопросу. Если работник не подал заявление о выплате компенсации в связи с получением травмы на производстве, или Управлением было установлено, что полученная работником травма не была связана с его/ее работой, то работник обязан самостоятельно оплатить услуги медицинского учреждения.
8. Пострадавший на рабочем месте работник имеет право на то, чтобы его интересы представлял адвокат или имеющий лицензию представитель, однако это не обязательно. В случае, если получивший травму на рабочем месте работник нанимает представителя, то он/она не обязан оплачивать услуги представителя самостоятельно. Размер платы за услуги представителя будет назначен Управлением, и вычтен из причитающейся пострадавшему работнику компенсации.
9. По вопросам получения бланков заявлений, помощи в заполнении бланков и иным вопросам и проблемам, связанным с получением травм и заболеваний на рабочем месте, обращайтесь в любое представительство Управления по компенсациям работникам.

**NYS Workers' Compensation Board**  
**Centralized Mailing**  
**PO Box 5205**  
**Binghamton, NY 13902-5202**

**Statewide Fax/Единый региональный номер факса:**  
**877-533-0337**



**ROBERT E. BELOTEN, CHAIR/PРЕДСЕДАТЕЛЬ**

Workers' Compensation benefits, when due, will be paid by: (Причитающиеся работникам компенсационные выплаты будут выплачены:)

Name, address and telephone number of licensed insurance carrier, authorized group self-insurer or main office of authorized self-insurer (Название, адрес и телефон аккредитованной страховой компании, лица, уполномоченного осуществлять групповое самострахование или его главной конторы)

Name of employer (Имя работодателя)

For Insurance Carriers ONLY: Policy No. (№ страхового полиса (указывают ТОЛЬКО страховые компании)).....

Policy in Force from.....to.....  
(Срок действия полиса с) (по)

.....  
**THIS NOTICE MUST BE POSTED CONSPICUOUSLY IN  
AND ABOUT THE EMPLOYER'S PLACE OR PLACES  
OF BUSINESS.**

**(ДАННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ ДОЛЖНО БЫТЬ  
РАЗМЕЩЕНО НА ВИДНЫХ МЕСТАХ В РАБОЧИХ  
ПОМЕЩЕНИЯХ РАБОДАТЕЛЯ И ОКОЛО НИХ.)**

Failure by an employer to post this notice in and about the employer's place or places of business may result in a \$250 penalty for each violation.

(Отсутствие данного извещения на видных местах в рабочих помещениях работодателя или около них, наказывается штрафом в размере \$250 за каждый выявленный факт нарушения.)