



임금 획득 능력의 상실 직업 데이터 양식 뉴욕주 - 근로자재해보상위원회

VDF-1

근로자재해보상위원회는 장애인을
차별 없이 고용하고 섬깁니다

이 양식을 작성하기 전에 법적 대리인과 상의하는 것이 좋습니다. 또한 1-800-580-6665
번으로 전화하여 본 위원회의 부상 근로자 옹호자와의 상담을 요청하실 수도 있습니다.
모든 질문에 완전하게 답변해 주십시오. 필요한 경우 추가 페이지를 첨부하십시오.

A. 귀하의 정보

성명: _____ WCB 케이스 번호(알고 있는 경우): _____
이름 중간 이름 성
주소: _____
번지 및 거리 시 주 우편번호
생년월일: _____ 사회보장번호: _____ 부상/장애 발생일: _____

B. 귀하의 학력 (가장 높은 학력을 선택하십시오)

☐ 고졸 미만 ☐ 고졸 또는 GED ☐ 대학 중퇴 ☐ 대졸
귀하의 최고 학력을 어느 국가에서 달성하였습니까? ☐ 미국 ☐ 기타 국가 (구체적으로) _____
귀하는 전문 직업 훈련을 받거나 견습 생활을 한 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오
'예'인 경우, 훈련 타입을 기재하십시오: _____
완료 일자: _____ 받은 자격증/면허증: _____
자격증/면허증의 만료일: _____
미국 군대에서 복무한 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 군의 종류: _____ 일자: _____
미국군에 있을 때의 전문 훈련: _____
추가 훈련이 있으면 기재하십시오. 학교/프로그램의 명칭, 훈련 일자 및 취득한 학위 또는 자격증을 포함하십시오.

C. 직장 경험

지난 10년 동안의 모든 직책을 기재하십시오(예: 창고 작업자, 조리사), 가장 최근 것부터 먼저. 필요한 경우 추가 용지를 첨부하십시오.

직함: _____
직책: _____

이 직무에 있었던 시간의 길이(단위: 년): _____

직함: _____
직책: _____

이 직무에 있었던 시간의 길이(단위: 년): _____

직함: _____
직책: _____

이 직무에 있었던 시간의 길이(단위: 년): _____

D. 귀하의 영어 지식 및 사용

다음 능력의 수준을 선택하십시오: 말하기 ☐ 잘 함 ☐ 잘하지 못함 ☐ 전혀 못함
읽기 ☐ 잘 함 ☐ 잘하지 못함 ☐ 전혀 못함
쓰기 ☐ 잘 함 ☐ 잘하지 못함 ☐ 전혀 못함

본인이 제공하고 있는 정보는 본인의 최선의 지식 및 신념상 진실되고 정확합니다. 본 양식은 위증 시 처벌 받는다는 조건 하에 서명됩니다.

청구인의 서명: _____

청구인의 성명(인쇄체로 명료하게 기입하십시오): _____

일자: _____

양식 VDF-1, “임금획득능력의 상실 - 직업 데이터 양식” 작성 지침

모든 질문에 완전하게 답변해 주십시오. 필요한 경우 추가 페이지를 첨부하십시오. 본 양식을 하기 주소의 근로자 재해보상 위원회에 발송하십시오. 본 양식을 작성하기 전에 법적 대리인과 상의하는 것이 좋습니다. 또한 1-800-580-6665 번으로 전화하여 본 위원회의 부상 근로자 옹호자와의 상담을 요청하실 수도 있습니다. 이 양식에 적힌 사실은 귀하의 임금획득능력 상실을 판단하는 데 이용될 것입니다.

귀하의 근로자재해보상위원회 케이스 번호를 갖고 있지 않거나 모르는 경우에는 이 필드를 비워두십시오. 그것은 귀하의 청구서를 처리하는 데 필수가 아닙니다. 귀하의 성명과 귀하의 부상 또는 질병일을 반드시 기입하십시오.

섹션 A - 귀하의 정보:

- 귀하의 성명을 기입하십시오. 이름, 중간 이름 이니셜 및 성을 포함하십시오.
- 귀하의 근로자재해보상위원회 케이스 번호를 알고 있는 경우 기입하십시오.
- 귀하의 우편 주소를 기입하십시오. 해당되는 경우 사서함 번호, 시 또는 타운, 주 및 우편번호를 포함하십시오.
- 귀하의 생년월일을 기입하십시오.
- 귀하의 사회보장번호를 기입하십시오. 이것은 귀하의 청구서를 신속하게 처리하기 위해 중요합니다.
- 부상일을 기입하십시오.

섹션 B - 귀하의 학력:

- 귀하가 달성한 최고 학력 옆의 박스에 체크하십시오.
- 전문 훈련 견습을 이수한 경우 '예'에 체크하십시오. 이수하지 않은 경우 '아니오'에 체크하십시오. '예'라고 답한 경우, 훈련 및 견습의 타입을 기재하십시오. 훈련 또는 견습을 완료한 일자를 기입하십시오. 받은 자격증 또는 면허증과 그 만료일을 기재하십시오.
- 미국군에서 복무한 경우 '예'에 체크하십시오. 복무하지 않은 경우 '아니오'에 체크하십시오. 이 질문에 '예'라고 답한 경우, 복무한 군의 종류를 표시하십시오. 복무 일자를 기입하십시오. 받은 직업 및/또는 전문 훈련이 있으면 기재하십시오.
- 위에 열거하지 않은 추가 훈련을 이수한 경우 받은 훈련의 타입을 기재하십시오. 취득한 학위 또는 자격증을 표시하십시오.

섹션 C - 직장 경험:

- 귀하의 가장 최근 직책을 기재하십시오(예: 창고 작업자, 조리사). 이 직무를 둘 이상의 고용주에게서 가진 경우, 한 번만 기입하십시오.
- 귀하의 전형적 직무 활동 및 책임을 기재하십시오.
- 이 직무를 얼마나 오랫동안 보유했는지를 기재하십시오.

섹션 D - 귀하의 영어 지식 및 사용:

- 귀하의 영어 지식 및 사용을 표시하십시오.

서명된 원본을 근로자 재해보상 위원회에 제출하고 사본은 귀하의 기록을 위해 보유하십시오.

유망 고용주가 귀하의 근로자 재해보상 기록의 공개를 귀하에게 요구할 수 없습니다. 근로자재해보상법 제110-a조를 참조하십시오.

이 양식을 제출하는 방법

보고서를 하기 주소의 근로자재해보상위원회에 바로 발송하여 제출하고 사본은 보험회사에 보내야 합니다. 또한 위원회의 전주 팩스 번호 1-877-533-0337로 팩스 전송하여 보고서를 제출해도 됩니다. 추가 서류를 첨부할 때는 매 페이지에 위원회 케이스 번호(WCB 번호)를 포함시키십시오.

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