

איינער פֿאַרענדיקן די פֿאַרמע, איר מעגן ווילן צו רעדן מיט אַ געזעצלעך רעפרעזענטאַנט. איר קענען אויך אַנקלינגען
1-800-580-6665 און בעטן צו רעדן מיט דעם באַרד אַדוואָקאַט פֿאַר געשעדיקט אַרבעטער. ביטע ענטפֿער אַלע פֿראַגעס אין
גאַנצן. צופֿעסטיקן עקסטערע זייטן אויב נויטיק.

A. אייער אינפֿאַרמאַציע

נאָמען: _____ WCB פֿאַל # (אויב באַקאַנט): _____
ערשטן _____ מיטל _____ משפּחה _____
אַדדעס: _____
נומער און גאַס _____ שטאַט _____ שטאַט _____ זיפּ קאָדע _____
געבורט דאַטע: _____ סאַשאַל סעקורטיי # _____ דאַטע פֿון הפֿסד/דיסייבלמענט: _____

B. אייער בילדונג (קלייב אויס העכסטן בילדונג ניוואַ)

☐ ווינציקער ווי High School ☐ High School דיפּלאָמאַ אָדער GED ☐ עטלעכער קאַלעדזש ☐ קאַלעדזש גראַדואאַט
אין וועלכער לאַנד האָט איר דערגרייכן אייער העכסטן בילדונג ניוואַ: ☐ פֿאַראייניקטע שטאַטן ☐ אַנדערש (ביטע דערקלערן): _____
איר האָט באַקומען קיין ספּעסיאַליצירט אַרבעטן טריינינג אָדער קיין לערנען? ☐ יאָ ☐ ניין
אויב יאָ, ביטע שרייבן מין טריינינג: _____
דאַטע פֿולגעשטענדיקט: _____ באַשטעטיקונג/ליצענץ באַקומט: _____
אויסגעגאַנגען דאַטע(ס) פֿון באַשטעטיקונג/ליצענץ: _____
איר זייט געווען אין US מיליטעריש? ☐ יאָ ☐ ניין צווייג: _____ דאַטעס: _____
ספּעסיאַליצירט טריינינג דערוואַיל אין US מיליטעריש: _____
ביטע שרייבן אַדיציאָנעלער טריינינג. נעם אַרײַן דעם נאָמען פֿון שול/פּראָגראַם, די טריינינג דאַטע און קיין גראַד אָדער
צערטיפֿיקאַט באַקומען.

C. אייער אַרבעטן איבערלעבונג

שרייב אַלע אַרבעטן טיטלען במשך די לעצטע 10 יאָר (אַזוי ווי אַמבאַר אַרבעטער, קוכער), מערסט גייך ערשטן. פֿאַרבינדט אַדיציאָנעלע בלעטלען אַז נויטיק.

אַרבעט טיטל: _____
אַרבעט פֿליכטן: _____
לענג פֿון צייט אין דעם אַרבעט (אין יאָרן) _____
אַרבעט טיטל: _____
אַרבעט פֿליכטן: _____
לענג פֿון צייט אין דעם אַרבעט (אין יאָרן) _____
אַרבעט טיטל: _____
אַרבעט פֿליכטן: _____
לענג פֿון צייט אין דעם אַרבעט (אין יאָרן) _____

D. אייער קענטשאַפֿט און ניצן פֿון די ענגליש שפּראַך

קלייב אויס דעם מעגלעכקייט ניוואַ פֿאַר: רעדן ☐ גוט ☐ ניט גוט ☐ גאַרניט ☐
לייענען ☐ גוט ☐ ניט גוט ☐ גאַרניט ☐
שרייבן ☐ גוט ☐ ניט גוט ☐ גאַרניט ☐

די אינפֿאַרמאַציע איך צושטעלט איז אמתדיקע און פינטלעך צו מין בעסטן קענטשאַפֿט און מיינונג. די פֿאַרמע איז אונטערגעשריבן אונטער שטראַף פֿון פֿאַלשע שבוּעה.

אונטערשריפֿט פֿון קליימאַנט: _____
קליימאַנט נאָמען (ביטע קלאַר פֿאַרדריקן): _____
דאַטע: _____

אינסטרוקציעס פֿאַר פֿולשטענדיקן פֿאַרמע VDF-1 "אָנווער פֿון לוינ פֿאַרדינען פֿייקייט - פֿאַכטיק דאַטאַ פֿאַרמע"

ביטע ענטפֿער אַלע פֿראַגעס אין גאַנצן. צופֿעסטיקן עקסטערע זיטן אויב נויטיק. שיקן די פֿאַרמע צו דעם Workers' Compensation Board אין אַדרעס געשריבן אונטן. איידער פֿאַרענדיקן די פֿאַרמע, איר מעגן ווילן צו רעדן מיט אַ געזעצלעך רעפֿרעזענטאַנט. איר קענען אויך אַנקלינגען 1-800-580-6665 און בעטן צו רעדן מיט דעם באַרד אַדוואָקאַט פֿאַר געשעדיקט אַרבעטער. די פֿאַקטס אין די פֿאַרמע וועלן זיין באַנוצט כדי צו באַשלאָסן אייער אָנווער פֿון לוינ פֿאַרדינען פֿייקייט.

אויב איר האָבן ניט אַדער קענען ניט אייער אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג באַרד פֿאַל נומער, ביטע לאָזן ריין דעם פֿעלד. מען דאַרף עס ניט צו פֿאַרצעסן אייער קליינס. זיט זיכער איר שרייבן אייער נאָמען און די דאַטע פֿון אייער הפֿסד אַדער קראַנקייט.

טייל A - אייער אינפֿאָרמאַציע:

- שרייבן אייער פֿול נאָמען. נעם אַרײַן ערשטן נאָמען, מיטל און משפּחה נאָמען.
- שרייבן אייער Workers' Compensation Board פֿאַל נומער, אויב באַקאַנט.
- שרייבן אײַך מײלינג אַדרעס. נעם אַרײַן P.O. Box אויב שײך, שטאַט אַדער שטעטל, שטאַט און זיפ קאָדע.
- שרייבן אייער געבורט דאַטע.
- שרייבן אייער סאָשאַל סעקורײַטי נומער. דאָס איז וויכטיק כדי העלפֿן גיכער באַדינען אייער קליינס.
- שרייבן דאַטע פֿון הפֿסד.

טייל B - אייער בילדונג:

- טשעק דעם קעסטל לעבן דעם העכסטן בילדונג ניוואָ איר האָבן דערגרייכט.
- טשעק "יאָ" אויב איר האָבן פֿולגעשטענדיקט קיין ספּעסיאַליזירט לערנען טריינירונג. טשעק "ניין" אויב איר האָבן ניט. אויב איר האָבן געענטפֿערט "יאָ", שרייבן דעם מין טריינירונג און לערנען. צושטעלן די דאַטע ווען איר האָט פֿולגעשטענדיקט דעם טריינירונג אַדער לערנען. שרייבן קיין באַשטעטיקונג אַדער ליצענץ באַקומען און די דאַטע ווען עס וועט אויסגיין.
- טשעק "יאָ" אויב איר זיט געווען אין די U.S. מיליטעריש. טשעק "ניין" אויב איר האָבן ניט. אויב איר ענטפֿערן "יאָ" צום פֿראַגע, אידענטיפֿיצירט די צווייג פֿון מיליטעריש אין וועלכע איר זיט געווען. שרייבן די דאַטעס פֿון באַדינונג. שרייבן קיין אַקיאַפּישיאָנאַל און/אָדער ספּעסיאַליזירט טריינירונג איר האָבן באַקומען.
- אויב איר האָבן פֿולגעשטענדיקט קיין אַדיציאָנעלער טריינירונג ניר אין די רשימה, ביטע שרייבן דעם מין טריינירונג איר האָבן באַקומען. אידענטיפֿיצירט קיין גראַד אַדער צערטיפֿיקאַט איר האָבן באַקומען.

טייל C - אייער אַרבעטן איבערלעבונג:

- שרייבן אייער לעצטן אַרבעטן טיטל (אַזוי ווי אַמבאַר אַרבעטער, קוכער, א.א.וו.). אויב איר האָבן געהאַט דעם אַרבעט מיט מער ווי איין אַרבעטגעבער, שרייבן בלויז איינער.
- שרייבן אייער טיפּיש אַרבעטן אַקטיוויטעטן און פֿליכטן.
- שרייבן ווי לאַנג איר האָבן געהאַט דעם אַרבעט.

טייל D - אייער קענטשאַפֿט און ניצן פֿון די ענגליש שפּראַך

- אָנווייז אייער קענטשאַפֿט און ניצן פֿון די ענגליש שפּראַך

פֿאַרלייגן אונטערגעשריבן אַריגינעל צו דעם Workers' Compensation Board און האַלטן אַ קאָפּיע פֿאַר אייער רעקאָרדס.

א פֿאַטענציעל אַרבעטגעבער קען ניט אײך בעטן צו באַפֿרייען אייער אַרבעטער פֿאַרגיטיקונג רעקאָרדס.
וע Workers' Compensation Law אפֿטיילונג a-110.

ווי אַזוי צו אָנפֿילן די פֿאַרמע

רעפֿאָרטס דאַרפֿן זיין פֿאַרגעלייגט בײַ שיקן זיי גלייך צו דעם Workers' Compensation Board אין דעם אונטן אַדרעס מיט אַ קאָפּיע צו דעם פֿאַרזיכערונג טרעגער. רעפֿאָרטס מעגן אויך פֿאַרגעלייגט ווערן דורך פֿאַקס צו דעם באַרד שטאַט פֿאַקס נומער, 1-877-533-0337. ווען צופֿעסטיקן אַדיציאָנעלע דאָקומענטן, ביטע אַרייַננעמען דעם באַרד פֿאַל נומער (WCB #) אין יעדער זיט.

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