

索赔人姓名： _____ 社保号： _____

纽约州工伤赔偿局，残障福利署
表 **DB-450.1**，索赔人关于无过失或人身伤害的声明

对索赔人的说明：如果您在失业超过四 (4) 周后罹患残障，且已在表 **DB-450** 中注明致使您残障的原因可能为无过失机动车辆事故或第三方（即个人、公司等）疏忽或违法行为，请填写此表。

《残障福利法》(Disability Benefits Law) 第 227 条规定，无论您是通过判决、和解还是其他方式从第三方处获取收益，工伤赔偿局主席均有权按照向您给付的福利金额，对该收益进行留置处理。

该法案还规定，如果您有以下行为，可能会失去获取残障福利的权利，并需退还已向您给付的款项：

- 1. 在未征得工伤赔偿局主席书面同意的情况下，从第三方处获取低于《残障福利法》规定福利金额的调解金。
- 2. 无论是否收到任何款项，签署放弃或撤回对第三方的索赔申请。

您必须填写此表，并与填写完成的表 **DB-450** 一起提交，以便我们可以如期向您支付残障福利。

索赔人事故声明	
1. 事故发生日期	2. 事故发生地点（注明邮编、州、城市、完整地址）
3. 事故原因： ☐ 机动车辆 ☐ 工伤赔偿 ☐ 其他	
4. a. 您是否对当事人提起过诉讼？ ☐ 是 ☐ 否 b. 如果“否”，您打算对当事人提起诉讼吗？ ☐ 是 ☐ 否 如果“是”，请提供对方（或相关方）的姓名和地址：	
5. 如果您已聘请律师，请提供以下信息： 律师姓名和地址 电话号码：	
6. 您是否因伤害接受过任何调解？ ☐ 是 ☐ 否 如果“是”，请注明： 调解金额（美元） 调解日期：	
7. 除了您自己的保险或健康计划以外，您是否从别处收到过医疗护理费用？ ☐ 是 ☐ 否 如果“是”，请注明保险公司或其他付款方的名称和地址	
机动车辆事故 — 填写此部分，并随附 MV-104 ，事故报告或警方出具的事故报告	
8. 您将会/打算申领/领取无过失保险福利吗？ ☐ 是 ☐ 否 是否涉及商用车辆： ☐ 是 ☐ 否 如果是，您是否会提起第三方诉讼： ☐ 是 ☐ 否 如果“否”，请说明原因。 说明：	
涉及第三方的人身伤害对其他人造成的损害	
9. 该方针对此等行为参保了吗？ ☐ 是 ☐ 否 保险公司的名称和地址： 保单号码	
10. 您是否曾为此事故参保？ ☐ 是 ☐ 否 如果“是”，请注明保险公司的的名称和地址 保单号码	
本人特此证明，据本人所知，包括任意附加说明在内的上述陈述均完整且正确无误。 索赔人签名： _____ 日期： _____	

