

Фамилия Заявителя: _____ Номер социального обеспечения: _____

Бюро пособий по нетрудоспособности Совета штата Нью-Йорк по компенсациям работникам (New York State Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau)
Форма DB-450.1 «Свидетельство заявителя о ДТП без виновника или полученной травме» (Claimant's Statement Regarding No Fault or Personal Injury)

Указания для Заявителя: Заполните эту форму, если Ваша нетрудоспособность наступила после того, как Вы **были без работы дольше 4 (четырёх) недель**, и Вы указали в форме DB-450, что Ваша нетрудоспособность могла наступить в результате травмы, вызванной дорожно-транспортным происшествием без виновника, или в результате халатности либо неправомерных действий третьего лица (физического лица, фирмы и т. д.).

Статья 227 Закона о пособиях по нетрудоспособности (Disability Benefits Law) предусматривает, что председатель Совета по компенсациям работникам может установить залог в размере суммы выплаченного Вам пособия в отношении любого возмещения, которое Вы можете получить от третьего лица по судебному решению, в рамках урегулирования или на ином основании.

Закон предусматривает, что Вы можете лишиться права на пособие по нетрудоспособности и Вас могут обязать вернуть уже выплаченные Вам суммы, если Вы:

- 1. Согласились на предложение третьего лица об урегулировании в меньшей сумме, чем размер пособия, предусмотренного Законом о пособиях по нетрудоспособности, без письменного согласия председателя Совета по компенсациям работникам.
- 2. Подписали отказ от требований или претензий к третьему лицу, независимо от факта получения Вами каких-либо выплат.

Вы должны заполнить эту форму и представить ее вместе с заполненной Вами формой DB-450, для того чтобы своевременно получить пособие по нетрудоспособности.

ИНФОРМАЦИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ О ПРОИСШЕСТВИИ	
1. Дата происшествия	2. Место происшествия (Укажите полный адрес, город, штат, почтовый индекс)
3. Причина происшествия: ☐ Транспортное средство ☐ Производственная травма ☐ Другое	
4. а. Вы подали иск против такого лица? ☐ Да ☐ Нет б. Если «Нет», намереваетесь ли Вы подать такой иск? ☐ Да ☐ Нет Если «Да», укажите фамилию (название) и адрес лица (лиц)	
5. Если Вы наняли адвоката, укажите следующую информацию: Фамилия и адрес адвоката Телефон:	
6. Получили ли Вы какую-либо плату в порядке урегулирования по делу о травме? ☐ Да ☐ Нет Если «Да», укажите: Сумма урегулирования (\$) Дата урегулирования:	
7. Получили ли Вы плату за медицинскую помощь не от своей страховой компании или плана медицинского страхования? ☐ Да ☐ Нет Если «Да», укажите название и адрес страховщика или другой стороны, производящей оплату	
Дорожно-транспортное происшествие (ДТП): заполните этот раздел и приложите форму MV-104 «Отчет о ДТП» (Report of Accident) или полицейский протокол о ДТП	
8. Обращаетесь ли Вы за получением/получаете или намереваетесь ли Вы обратиться за получением/получить страховое возмещение по страховому случаю без виновника? ☐ Да ☐ Нет Произошло ли ДТП с участием коммерческого транспортного средства: ☐ Да ☐ Нет Если «Да», предъявляете ли Вы иск к третьему лицу: ☐ Да ☐ Нет Если «Нет», поясните. Пояснения:	
Компенсация за другую травму с участием третьего лица	
9. Было ли это лицо застраховано на такой случай? ☐ Да ☐ Нет Название и адрес страховщика: Номер страхового полиса	
10. Были ли Вы застрахованы на случай этого происшествия? ☐ Да ☐ Нет Если «Да», укажите название и адрес страховщика: Номер страхового полиса	
Настоящим я подтверждаю, что приведенные выше утверждения, включая любые мои сопроводительные заявления, являются, насколько мне известно, достоверными и полными. Подпись Заявителя: _____ Дата: _____	

