

ولاية نيويورك - مجلس تعويض العمال

المطالبة بالتعويض في حالة وفاة

ستتم معالجة هذه المطالبة بسرعة أكبر إذا تم تقديم نسخ من المستندات المطلوبة إلى مجلس تعويض العمال. أرفق نسخاً من المستندات التي بحوزتك. وإلا فاحصل على نسخ وأحضرها إلى الجلسة الأولى. لا تتأخر في تقديم نموذج المطالبة هذا. المستندات المطلوبة هي:

أ. تقرير طبي من الطبيب الذي عالج المتوفى.

ب. شهادة الوفاة

ج. إثبات الصلة بالمتوفى مثل شهادة الميلاد وشهادة الزواج ومستندات التبني وما إلى ذلك.

د. فاتورة جنازة مفصلة البنود.

رقم الحالة لدى مجلس تعويض العمال (إذا كانت معروفة)	رقم الحالة لدى شركة التأمين	رقم رمز شركة التأمين	رقم الضمان الاجتماعي للمتوفى	رقم الضمان الاجتماعي لمقدم الطلب	تاريخ الحادث
الاسم			العنوان (اكتب رقم المنزل، الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)		
المتوفى	صاحب العمل	شركة التأمين	مقدم الطلب	رقم شقة رقم	رقم شقة رقم

أطلب بموجب قانون تعويض العمال بالتعويض المستحق عن وفاة المتوفى المذكور أعلاه نتيجة الإصابة التي لحقت به أثناء العمل لدى صاحب العمل المذكور أعلاه، وتأييداً لهذه المطالبة، أقدم المعلومات التالية:

- أ. حدثت الوفاة بتاريخ..... الموافق يوم..... الساعة..... (أرفق شهادة الوفاة إن وجدت).
- ب. كيف وقع الحادث أو الإصابة المرضية أثناء العمل؟ (اذكر معلومات مفصلة، مع توضيح ما إذا كان الشخص المصاب قد سقط، أو ضُرب أو غير ذلك، وما هي العوامل أو الأحداث التي أدت إلى وقوع الحادث أو ساهمت في حدوثه).
- ج. مكان الحادث:.....
- د. طبيعة الإصابة والجزء/الأجزاء المصابة من الجسد:.....

ملاحظة: يرجى إرفاق تقرير طبي، إن وجد

الاسم	العنوان	2. الطبيب المقيم
		3. آخر طبيب أو مستشفى
		4. متعهد الدفن
		5. الشخص الذي سدد فواتير متعهد الدفن

6. قيمة فواتير متعهد الدفن _____ (دولار أمريكي) المبلغ المدفوع، إن وجد _____ (دولار أمريكي) (أرفق فاتورة الجنازة، إن وجدت).

7. تاريخ ميلاد مقدم الطلب _____ 8. صلته (صلتها) بالمتوفى _____

9. هل للمتوفى زوج/زوجة على قيد الحياة و/أو أطفال تقل أعمارهم عن 18 عاماً أو أقل من 23 عاماً ومقيدين كطلاب يحضرون بدوام كامل في أي مؤسسة تعليمية معتمدة؟ نعم لا

10. الباقون على قيد الحياة أو المُعالين التابعين للمتوفى: (انظر التعليمات في ظهر النموذج)

الاسم	العنوان	تاريخ الميلاد	صلة القرابة

(أرفق إثباتاً على صلة القرابة مثل شهادة الميلاد، وشهادة الزواج، ومستندات التبني، وما إلى ذلك، إن وجدت)

(انظر التعليمات في ظهر النموذج)

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS ABOUT CLAIMING DEATH BENEFITS, CONTACT THE NEAREST OFFICE OF THE WORKERS' COMPENSATION BOARD

إذا كانت لديك أي أسئلة بشأن المطالبة بخصصات الوفاة، فاتصل بأقرب مكتب تابع لمجلس تعويض العمال.

11. إذا كنت زوجًا/زوجة أو من أبناء المتوفى، فقدم المعلومات التالية حسب الاقتضاء:

أ. كنت متزوجًا (متزوجة) من المتوفى في _____ الموافق يوم _____،
في الساعة _____ من _____ (المكان) _____
الشخص الذي عقد مراسم الزواج _____ (أرفق شهادة الزواج، إن وجدت).

ب. عدد الأبناء دون سن الثامنة عشرة (18) في وقت وفاة المتوفى. _____
ج. عدد الأطفال في سن 18 ولكن أقل من 23 عامًا، المقيدون كطلاب يحضرون بدوام كامل في أي مؤسسة تعليمية معتمدة في وقت وفاة المتوفى. _____

12. إذا كنت أنت زوج/زوجة المتوفى، فاذكر حصتك من مخصصات التأمين الممنوحة للورثة، إن وجدت، التي تحصل عليها بموجب قانون الضمان الاجتماعي. _____ دولار أمريكي
(أرفق نسخة من شهادة منحة الضمان الاجتماعي التي تُظهر حصتك من مخصصات التأمين الممنوحة للورثة أو نسخة من الشيك الذي يوضح مبلغ المنحة.)

13. إذا لم تكن زوجًا (زوجة) للمتوفى أو طفل يعوله المتوفى تحت سن 18 عامًا أو 23 عامًا، وكنت مقيمًا كطالب تحضر بدوام كامل في أي مؤسسة تعليمية معتمدة، فقدم المعلومات التالية:

- أ. هل كنت تعتمد كليًا أو جزئيًا على المتوفى في دعمك دراسيًا؟ _____
ب. إذا كانت تعتمد عليه جزئيًا، فإلى أي درجة؟ _____
ج. أمتلك عقارات على النحو التالي:
(1) العقارات تُقدر قيمتها _____ دولار أمريكي، وأتقاضى منها دخلًا قدره _____ دولار أمريكي سنويًا وعليها مديونية بقيمة _____ دولار أمريكي.
(2) ما مصادر الدخل الأخرى التي لديك؟ (اذكر اسم كل مصدر والمبالغ المكتسبة من كل مصدر مذكور.)

المصدر _____ المبلغ _____

14. إذا كنت طفلًا أو حفيدًا معالًا أو شقيقًا معالًا أو شقيقة معالًا، ولا يقل عمرك عن 18 عامًا ولكن أقل من 23 عامًا، ومقيمًا كطالب تحضر بدوام كامل في أي مؤسسة تعليمية معتمدة، فاذكر المعلومات التالية وأرفق شهادة إثبات القيد في هذه المؤسسة، إن وجدت.

اسم الطالب _____ اسم وعنوان المؤسسة التعليمية _____ تاريخ بدء الحضور _____

أي شخص يقوم، متعمدًا ويقصد الاحتيال، بتقديم أو إعجاز غيره في تقديم أي معلومات تحتوي على أي بيانات جوهرية مضللة أو يخفي أي حقيقة جوهرية أو يجهزها عن علم أو اعتقاد بأنه سيتم تقديمها، أو لتقديمها من قبل شركة التأمين أو جهة التأمين الذاتي، يكون مذنبًا بارتكاب جريمة ويخضع لغرامات كبيرة ويعرض نفسه للسجن.

تحريرًا في _____ موقعًا عليها من قبل _____
رقم الهاتف: _____ (توقيع مقدم الطلب)
موقع عليها من قبل _____ (شخص بالنيابة عن مقدم الطلب)
رقم الهاتف: _____ (مسلة القرابة)

بالنسبة إلى مقدم الطلب

أ. بموجب قانون تعويض العمال، يمكن للأشخاص المذكورين أدناه تقديم نموذج المطالبة بالتعويض في حالة وفاة:

1. زوج (زوجة) المتوفى
 2. أبناء المتوفى الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا وقت الوفاة
 3. الأطفال من أي عمر المكفوفون تمامًا أو المعاقون إعاقة جسدية وقت وقوع الحادث ويعانون من عجز كلي ودائم
 4. أحفاد وأشقاء وشقيقات المتوفى الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا وقت الوفاة الذين يعتمدون في الإعالة على المتوفى كليًا أو جزئيًا في وقت وقوع الحادث
 5. آباء وأجداد المتوفى الذي يعتمدون في الإعالة على المتوفى كليًا أو جزئيًا في وقت وقوع الحادث
 6. أبناء المتوفى والأحفاد المعالون والأشقاء المعالون والشقيقات المعالون من المتوفى الذين تقل أعمارهم عن 23 عامًا المقيدون كطلاب يحضرون بدوام كامل في أي مؤسسة تعليمية معتمدة، حين تكون الوفاة قد حدثت في 1 يناير 1978 أو بعده
- ب- يجوز للزوج (الزوجة) والأولاد تقديم طلب واحد. يجب أن يُقدم كل حفيد أو شقيق أو شقيقة أو والد أو جد مُعال طلبًا مستقلًا بذاته.

الإخطار وفقًا لقانون حماية الخصوصية الشخصية في نيويورك

(المادة (A-6) من قانون الموظفين العموميين) وقانون الخصوصية الفيدرالي لعام 1974 (5 USC § 552a).

إن سلطة مجلس تعويض العمال بأن تطلب من مقدمي الطلبات تقديم معلومات شخصية، من بينها رقم الضمان الاجتماعي الخاص بهم، مستمدة من سلطة التحقيق الممنوحة للمجلس بموجب القسم رقم 20 من قانون تعويض العمال، وسلطته الإدارية بموجب القسم رقم 142 من القانون نفسه. يتم جمع هذه المعلومات لمساعدة مجلس تعويض العمال في التحقيق في المطالبات وإدارتها بآلية مناسبة وممكنة ولمساعدته في حفظ سجلات دقيقة عن المطالبات. تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك إلى مجلس تعويض العمال هو أمر طوعي. لا توجد عقوبة على عدم تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك في هذا النموذج؛ ولن يؤدي ذلك إلى رفض مطالبتك أو تقليل مخصصات الإعانات. سيحمي مجلس تعويض العمال سرية جميع المعلومات الشخصية التي تكون بحوزته، ولن يكشف عنها إلا لأغراض تعزيز واجباته الرسمية ووفقًا لقانون الولاية والقانون الفيدرالي المعمول بهما.

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

الرقم المجاني لخدمة العملاء: 877-632-4996