

جميع العمال الذين لديهم إصابات عمل أو يعانون من مرض مهني: قد يحق لك الحصول على مخصصات تعويض العمال

1. قد يحق لك الحصول على مخصصات تعويضًا عن الخضم من الأجر إذا كانت إصابة العمل/المرض المهني تمنعك من العمل لمدة تزيد على سبعة أيام، أو تتسبب في حصولك على أجور أقل، أو تؤدي إلى إصابتك بإعاقة دائمة. وفي حالات المتطوعين من رجال الإطفاء وعمال الإسعاف، قد يتم دفع تعويض عن الوقت الضائع أو عدم القدرة على كسب الدخل بدءًا من تاريخ الإصابة/المرض.
 2. يحق لك تلقي العلاج الطبي المتعلق بإصابتك/مرضك، ويجب أن تتلقاه على الفور. يمكنك زيارة أحد مقدمي الرعاية الصحية في حالة الطوارئ. وبعد ذلك، يجب عليك زيارة مقدم الرعاية المعتمد من "مجلس تعويض العمال في ولاية نيويورك" (يشار إليه بـ "المجلس") أو زيارة إحدى عيادات الصحة المهنية. يمكنك البحث عن مقدم رعاية من خلال الموقع الإلكتروني wcb.ny.gov. لا تدفع أي مبالغ لمقدم الرعاية الصحية مباشرة بحيث سيرسل فاتورة إلى شركة التأمين التابعة لصاحب العمل من أجل تعويض العمال. وفي حالة وجود صيدلية أو شبكة خدمات طبية تشخيصية تابعة لشركة التأمين هذه، يجب أن تتلقى الخدمات المقدمة ضمن هذه الشبكات. يجب أن تخبرك شركة التأمين عن شبكات مقدمي الرعاية المطلوبة التابعة لها وكيفية الاستفادة من خدماتها.
 3. يكون صاحب العمل مسؤولاً عن الإصلاح أو الاستبدال لأي طرف صناعي (على سبيل المثال، الأعضاء الاصطناعية، وأطقم الأسنان الاصطناعية، والنظارات الطبية) تعرض للفقار أو التلف في أثناء العمل. ويحق لك أيضًا استرداد تكاليف الأدوية أو العكازات أو أي أجهزة موصوفة بشكل صحيح من قبل مقدم الرعاية الخاص بك، بالإضافة إلى نفقات الانتقال وغيرها من النفقات الضرورية للانتقال إلى أو من مكتب مقدم الرعاية الصحية أو المستشفى. (يجب أن تستلم إيصالات توضح كل هذه النفقات).
 4. لا يجوز لصاحب العمل مطالبتك بالتنازل عن حقاك في التعويض أو اقتطاع جزء من أجورك لدفع أقساط التأمين الخاصة بتعويض العمال. علاوة على ذلك، فلا يمكن طردك أو تعرضك للتمييز لأنك قدمت مطالبة للحصول على المخصصات.
 5. يحق لك أن يمتلك محام/ممثل مرخص، ولكن لا يكون ذلك ضروريًا. في حالة تعيين محام/ممثل، لن تدفع أتعابه مباشرة. سيتم تحديد أي رسوم بموجب القانون وخصمها من المنحة الخاصة بك. تبلغ أتعاب المحاماة عمومًا نسبة 15% تقريبًا من قيمة المنحة الخاصة بك، ويجب مناقشة هذا الأمر مع محاميك/ممثلك المرخص.
1. في حالة تقديم اعتراض على مطالبتك بدعوى أن إصابتك/مرضك غير ناتج عن العمل أو في أثناء القيام بالمهام المنوطة بالمتطوعين من رجال الإطفاء أو عمال الإسعاف، قد تتحمل تكاليف العلاج الطبي الخاص بك. وقد تكون مؤهلاً للحصول على مخصصات الإعاقة الخاصة بالإصابات غير المتعلقة بالعمل. للحصول على معلومات حول مخصصات الإعاقة، تواصل مع "المجلس" على الرقم **632-4996 (877)**.
 - ملاحظة: قد تساعدك عودتك إلى العمل ونمط الحياة النشط في التعافي بشكل أسرع. وللحصول على مساعدة بشأن التعافي والعودة إلى العمل أو المسؤوليات الأسرية أو حل المشكلات المالية بسبب إصابتك/مرضك، تواصل مع "المجلس" على الرقم **632-4996 (877)** واطلب إعادة التأهيل المهني أو المساعدة الاجتماعية.

خطوات تقديم مطالبة:

1. أخبر صاحب العمل كتابيًا بأنك تعرضت للإصابة أو المرض بسبب وظيفتك في غضون 30 يومًا من وقوع الحادثة أو ظهور المرض.
2. أبلغ "المجلس" بإصابتك/مرضك في أقرب وقت ممكن. وللقيام بذلك، احصل على **استمارة مطالبة الموظف (استمارة C-3)**. وقدمها. ملاحظة: يقدم المتطوعون من رجال الإطفاء **استمارة المطالبة بالمخصصات الخاصة بالمتطوعين من رجال الإطفاء (استمارة VF-3)**، في حين يقدم المتطوعون من عمال الإسعاف **استمارة المطالبة بالمخصصات الخاصة بالمتطوعين من عمال الإسعاف (استمارة VAW-3)**.
مهم: إذا لم تخطر "المجلس" بإصابتك أو مرضك في غضون عامين، فإنك تخاطر بفقدان حقاك في الحصول على المخصصات.
3. اطلب من مقدم الرعاية الصحية الخاص بك إرسال نُسخ من التقارير الطبية المتعلقة بمطالبتك إلى "المجلس" وشركة التأمين التابعة لصاحب العمل على العنوانين الواردة في أسفل هذه الاستمارة.

لتلقي مساعدة بشأن الحصول على استمارة المطالبة أو ملء البيانات أو طرح أي أسئلة أخرى حول إصابة عمل أو مرض مهني، يرجى الاتصال بالرقم **632-4996 (877)**. وسيساعدك أحد ممثلي "المجلس".

منصوص عليه من الرئيس، مجلس تعويض العمال
NYS Workers' Compensation Board,
Centralized Mailing, PO Box 5205,
Binghamton, NY 13902-5205
WCB.NY.GOV

تمثل هذه المعلومات عرضًا مبسطًا لحقوقك بموجب "قانون تعويض العمال". ويتم تقديم هذه المعلومات، وفقًا لما تنص عليه المادة 110 من "قانون تعويض العمال"، من قبل شركة التأمين التابعة لصاحب العمل: