



تعويز العمال   
رجال الإطفاء المتطوعون   
موظفو الإسعاف المتطوعون

حدد اختيارًا واحدًا:

المطالبة بالتعويض والإخطار بالشروع في إجراءات من قبل طرف ثالث (يجب تقديم هذا الإخطار إلى رئيس مجلس تعويض العمال وصاحب العمل وشركة تأمين صاحب العمل في غضون 30 يومًا من بدء الإجراءات).

رقم القضية لدى مجلس تعويض العمال \_\_\_\_\_  
رقم القضية لدى شركة التأمين \_\_\_\_\_  
رقم الضمان الاجتماعي لمقدم المطالبة \_\_\_\_\_

1. اسم المصاب أو المتوفى \_\_\_\_\_

2. العنوان \_\_\_\_\_  
(الشارع والرقم) (المدينة أو البلدة) (الولاية) (الرمز البريدي)

3. اسم \*صاحب العمل \_\_\_\_\_  
في الحالات المتعلقة باستحقاقات رجال الإطفاء المتطوعين وموظفي الإسعاف المتطوعين، يؤول التقسيم السياسي الفرعي للجهة المسؤولة (أو خدمة الإسعاف المستقلة على النحو المحدد في المادة 30 من قانون استحقاقات رجال الإطفاء المتطوعين أو المادة 30 من قانون استحقاقات موظفي الإسعاف المتطوعين) إلى "صاحب العمل".

4. العنوان \_\_\_\_\_  
(الشارع والرقم) (المدينة أو البلدة) (الولاية) (الرمز البريدي)

5. شركة تأمين صاحب العمل \_\_\_\_\_

6. العنوان \_\_\_\_\_  
(الشارع والرقم) (المدينة أو البلدة) (الولاية) (الرمز البريدي)

7. تاريخ الحادثة \_\_\_\_\_ 8. مكان الحادثة \_\_\_\_\_

9. سبب الحادثة \_\_\_\_\_

10. طبيعة الإصابة \_\_\_\_\_

11. اسم الطبيب المعالج أو المستشفى \_\_\_\_\_ 12. العنوان \_\_\_\_\_

13. الدعوى المرفوعة بتاريخ \_\_\_\_\_ لدى محكمة \_\_\_\_\_  
(الشهر واليوم والسنة)

التابعة لمقاطعة \_\_\_\_\_ بولاية \_\_\_\_\_ ، ضد \_\_\_\_\_  
(اسم الطرف الثالث)

14. اسم المحامي الخاص بي \_\_\_\_\_ رقم الهاتف \_\_\_\_\_

15. العنوان \_\_\_\_\_

أقدم أنا (نحن)، الموقع أدناه، إخطارًا بالشروع في رفع دعوى ضد طرف ثالث أو أطراف أخرى، وبموجب ذلك أقدم مطالبة للحصول على جميع المستحقات الخاصة بي (بنا) بموجب قانون تعويض العمال. يتم تقديم هذا الإخطار وفقًا لأحكام المادة 29 من قانون تعويض العمال بصيغته المعدلة (المادة 20 من قانون استحقاقات رجال الإطفاء المتطوعين والمادة 20 من قانون استحقاقات موظفي الإسعاف المتطوعين).

أي شخص يقوم، عن علم وبنية الاحتيال، بتقديم أي معلومات تحتوي على أي بيانات مادية زائفة أو يخفي أي حقيقة مادية أو يتسبب في تقديم هذه المعلومات أو إعدادها، عن علم أو اعتقادًا منه بأنها ستقدم إلى شركة التأمين أو المؤمن الذاتي أو من قبل أي منهما، يكون منتهيًا بارتكاب جريمة ويخضع لغرامات مالية كبيرة وسجن.

بتاريخ \_\_\_\_\_ توقيع مقدم المطالبة \_\_\_\_\_ رقم الهاتف \_\_\_\_\_

إذا تم تقديم دعوى بشأن الاستحقاقات في حالة الوفاة، فعلى المعالين إكمال هذه الصفحة والصفحة الخلفية من هذا النموذج. انظر الصفحة الخلفية للاطلاع على معلومات عن مقدم المطالبة.

(يوقع جميع المعالين ممن يرغبون في مقاضاة الطرف الثالث أدناه):

(الاسم)	(العنوان)	(تاريخ الميلاد)	(الصلة بالمتوفى)
(الاسم)	(العنوان)	(تاريخ الميلاد)	(الصلة بالمتوفى)
(الاسم)	(العنوان)	(تاريخ الميلاد)	(الصلة بالمتوفى)
(الاسم)	(العنوان)	(تاريخ الميلاد)	(الصلة بالمتوفى)

**معلومات لمقدم المطالبة**

إذا أصيب الموظف أو قُتل في أثناء العمل بسبب إهمال أو خطأ من أي شخص آخر غير زميله في العمل (أو موظف شركة تأمين صاحب العمل أو نقابة الموظفين)، فيجوز له أو للمعالين منه قبول استحقاقات تعويض العمال، وبحق لهم مقاضاة الشخص الآخر الذي تسبب في الإصابة أو الوفاة أيضاً. يُطلق على هذا الشخص الآخر اسم "الطرف الثالث" ويشار إلى أي دعوى أو إجراءات قضائية أخرى ضده بلفظ "دعوى الطرف الثالث".

يجب الشروع في إجراءات دعوى الطرف الثالث هذه في غضون ستة أشهر بعد منح التعويض ولكن في موعد أقصاه عام واحد بعد وقوع الحادث (لحالات الاستثناء، انظر "التنازل" أدناه). وسيحصل صاحب العمل (أو شركة التأمين الخاصة به) على حق الحجز على صافي المبالغ المستردة التي حصل عليها المُطالب بالفعل من الطرف الثالث، إلى حد التعويض المدفوع والتكاليف الطبية المتكبدة.

في غضون ثلاثين يوماً بعد بدء دعوى الطرف الثالث، يجب تقديم نسخة من هذا النموذج بعد استكمالها والتوقيع عليه، إلى كل من الجهات التالية:

1. رئيس مجلس تعويض العمال.
2. صاحب العمل.
3. شركة تأمين صاحب العمل، إن وُجدت.

**التنازل**

إذا لم يرفع المُطالب دعوى قضائية وقدم صاحب العمل أو شركة التأمين إشعاراً كتابياً إلى المُطالب، بشكل شخصي أو عبر البريد المسجل، قبل 30 يوماً من نهاية فترة العام الواحد، فسيتم التنازل عن حق المُطالب في دعوى الطرف الثالث لصاحب العمل، إلا إذا بدأ المُطالب في دعوى الطرف الثالث بحلول نهاية العام.

إذا أخفق صاحب العمل في تقديم الإشعار الكتابي، فإن وقت المُطالب لبدء الدعوى يتم تمديده إلى ما بعد عام واحد وحتى انتهاء 30 يوماً من إرسال إشعار كتابي من صاحب العمل أو شركة التأمين، لإخطار المُطالب بأن التنازل سيتم ما لم يبدأ برفع دعوى ضد الطرف الثالث في غضون 30 يوماً من الإشعار.

إذا استرد صاحب العمل أو شركة التأمين، بصفته المتنازل إليه، من الطرف الثالث، بحكم قضائي أو بغير ذلك، مبلغاً يتجاوز مقدار ما يلي:

1. قيمة التعويض المحكوم بها،
  2. نفقات العلاج الطبي التي دفعتها شركة التأمين،
  3. النفقات الضرورية والمعقولة للحصول على الاسترداد؛ ويتم دفع ثلثي هذه الزيادة على الفور للمُطالب (أو المعالين).
- ويضمن المُطالب، الذي امتثل للقانون، الحصول على مبلغ يساوي الاستحقاقات الكاملة لتعويض العمال حتى بعد رفع الدعوى ضد الطرف الثالث. إذا كان المبلغ الذي تم استرداده وتحصيله بالفعل من قبل المُطالب أقل من المبلغ الذي كان سيحصل هو (أو المعالون) عليه ضمن مخصصات التعويض، فيتعين على صاحب العمل أو شركة التأمين المساهمة في النقص (الفرق) بين المبلغ الذي تم تحصيله بالفعل من قبل المُطالب (أو المعالين) وتعويضات العمال التي يستحقها.

**تنبيه - تسوية دعوى الطرف الثالث بواسطة المُطالب (أو المعالين).**

لحفاظ على حَقك في التعويض عن النقص، لا يجوز للمُطالب (أو المعالين) تسوية الدعوى ضد الطرف الثالث ما لم:

1. يحصل أولاً على موافقة خطية من صاحب العمل أو شركة التأمين، أو
  2. تتم تسوية الدعوى وفقاً لأمر تسوية صادر عن قاضي المحكمة التي لا تزال دعوى الطرف الثالث قيد النظر فيها.
- (المصدر: قانون تعويض العمال، المادة 29 بصيغته المعدلة اعتباراً من 1 سبتمبر 1967، والمادة 20 من قانون استحقاقات رجال الإطفاء المتطوعين، والمادة 20 من قانون استحقاقات موظفي الإسعاف المتطوعين).

يخضع الإخطار لأحكام قانون حماية الخصوصية الشخصية في نيويورك (المادة 6 من قانون الموظفين العموميين) وقانون الخصوصية الفيدرالي الصادر عام 1974 (المادة 5 من قانون U.S.C. 552a).

تُستمد سلطة مجلس تعويض العمال ("المجلس") لطلب معلومات شخصية من مقدمي المطالبات من المادتين 20 و142 من قانون تعويض العمال. تُجمع هذه المعلومات لمساعدة المجلس على معالجة المطالبات بطريقة فعالة ولمساعدته في الحفاظ على سجلات مطالبات دقيقة.

ويلتزم المجلس التزاماً قوياً بحماية سرية جميع المعلومات الشخصية التي يجمعها. ولن يتم الكشف عن هذه المعلومات داخل الوكالة إلا لموظفي المجلس ووكلائه تعزيزاً لواجبهم الرسمية. ولن يتم الكشف عن المعلومات الشخصية خارج الوكالة إلا وفقاً لقانون الولاية والقانون الفيدرالي المعمول بهما.

يُعد مدير العمليات في المجلس، الموجود في العنوان (877-632-4996) 328 State Street, Schenectady, NY 12305، مسؤولاً بشكل أساسي عن الحفاظ على سجلات الوكالة التي تحتوي على معلومات شخصية عن أصحاب

المطالبات. لن يؤدي عدم تقديم المعلومات المطلوبة في هذا النموذج إلى رفض مطالبتك، لكنه قد يؤخر النظر فيها. يؤدي الإفصاح الطوعي عن رقم الضمان الاجتماعي إلى تمكين المجلس من ضمان ارتباط المعلومات بمطالبتك واتخاذ إجراء سريع بشأنها.

إشعار بشأن قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة (HIPAA) - من أجل البت في مطالبة تعويض العمال، يطالب قانون تعويض العمال (WCL) الباب (4)(a)-13، والباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 325-1-NYGR، مقدمي الرعاية الصحية بتقديم تقارير طبية بانتظام عن العلاج إلى المجلس وشركة التأمين وصاحب العمل. وفقاً لقانون الفيدرالية 45 CFR 164.512، تُعفى هذه التقارير الطبية الملزمة قانوناً من قيود قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة بشأن الكشف عن المعلومات الصحية.