

معلومات المطالبة - يجب أن تتضمن جميع المراسلات هذه الأرقام

تاريخ الإصابة/المرض: _____ رقم الحالة لدى مجلس تعويض العمال: _____

 ضع علامة صح إذا كان هناك عنوان جديد

معلومات العامل المصاب

الاسم الأخير: _____ الاسم الأول: _____ الاسم الأوسط: _____

العنوان البريدي: _____ الخط 2: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____ البلد: _____ الولايات المتحدة الأمريكية (USA)

رقم الهاتف المتاح نهارًا: _____ البريد الإلكتروني: _____

رقم الضمان الاجتماعي: _____ تاريخ الميلاد: _____ الجنس: ذكر أنثى غير ذلك

بيانات صاحب العمل

اسم صاحب العمل: _____

العنوان البريدي: _____ الخط 2: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____ البلد: _____ الولايات المتحدة الأمريكية (USA)

رقم هاتف صاحب العمل: _____ رقم تعريف الضريبة الفيدرالية: _____

رقم تعريف الضريبي هو (اختر خيارًا واحدًا): رقم الضمان الاجتماعي رقم تعريف صاحب العمل

سبب هذا الطلب -

التعليمات: ضع علامة صح في كل المربعات التي تنطبق. تأكد من إرفاق نماذج إضافية وتقارير طبية وخطابات وما إلى ذلك كما هو مطلوب في كل مربع اختيار. إذا كانت المعلومات الإضافية قد قُدمت بالفعل، فلا ترفقها، لكن يُفضل الإشارة إليها في الفراغ الموجود في نهاية هذا النموذج** وذلك بذكر رقم النموذج أو اسمه وتاريخ تقديمه إلى مجلس تعويض العمال. وقّع على النموذج أدناه وقم بتأريخه.

مدفوعات التعويض:

 أ. توقفت عن العمل اعتبارًا من _____ ولا أتلقى مدفوعات تعويضية. الوثائق الطبية التي تشير إلى العجز المطلوب.

ضع علامة صح أمام كل ما ينطبق.

 لقد قدمت مطالبة بسبب إصابة متعلقة بالعمل. لا يدفع صاحب العمل لي أجري. لم تُرفض مطالبتني. لم أتلّق قرارًا بمنعي من تقاضي التعويض. حاولت حل المشكلة مع شركة التأمين. ب. تم إيقاف مدفوعاتي أو تم تخفيضها. ج. عدت إلى العمل بأجر كامل اعتبارًا من _____. د. أدر دخلًا أقل مما كنت أتحصل عليه قبل أن أصاب. أرفق كعب شيك الراتب الحالي والتقارير الطبية التي أصدرها طبيبك. هـ. كنت أعمل لدى اثنين أو أكثر من أصحاب العمل في تاريخ وقوع الحادث/ الإصابة (التوظيف المتزامن). أرفق بيان إجمالي الأجر الأسبوعي قبل إصابتك وبيانات من صاحب العمل الثاني بشأن وقت انقطاعك عن العمل. و. أطلق سراحني من السجن بتاريخ _____ ولا أتحصل على أي مدفوعات.

أرفق تقريرًا طبيًا يوضح العجز الطبي وأوراق إطلاق السراح.

 ز. لم يتم الدفع لي وفقًا للتوجيهات الواردة في القرار المقدم بتاريخ _____

المشكلات الطبية:

 ح. رفضت شركة التأمين طلب التصريح المسبق الخاص بي (PAR). أرفق رفض طلب التصريح المسبق.

لا يمكن طلب المراجعة من لجنة البت التابعة لمجلس تعويض العمال إلا إذا:

 كانت فئة الرفض إدارية أو ليست خاصة بولاية قضائية.

أرفق أي مستندات توضح السبب الذي يجعل الرفض غير صحيح.

 تم رفض خدمات إرشادات المعالجة الطبية الخاصة أو طلب التصريح المسبق لاختلاف إرشادات المعالجة الطبية لأسباب طبية. (لا يطلب مقدم الخدمة الطبية مراجعة من مكتب المدير الطبي (MDO)) تم منح تصريح طبي مسبق جزئيًا لمعالجة الأجزاء التي لا تدخل ضمن إرشادات المعالجة الطبية التي تزيد قيمتها عن 1000 دولار. ط. رفض مكتب المدير الطبي طلب التصريح المسبق الخاص بي (PAR) وغير مسموح لمقدم خدمات رعايتي الصحية بطلب المراجعة. أرفق "إشعار القرار" الخاص بالمعالجة. ي. عجزني دائم الآن. أرفق تقرير الطبيب بشأن أقصى تحسن طبي/ العجز الدائم (النموذج C-4.3). ضع علامة في هذا المربع إذا كان عمرك أقل من 25 عامًا عند وقوع الحادث. ك. تغيرت حالتي الطبية. أرفق النماذج الطبية. ل. رفض طلبي للحصول على تعويض طبي والنقل أو لم يُعالج هذا الطلب. أرفق الإيصالات والنموذج C-257.

المسائل الأخرى:

م. لدي معلومات و/أو معلومات جديدة يطلبها مجلس تعويض العمال بخصوص (أرفق المستندات):

ن. أخرى (اشرح في الفراغ المتروك أدناه):

****المعلومات المرجعية للوثيقة (التاريخ، الاسم/العنوان، الرقم المعرف للنموذج):**

توقيع العامل المصاب: _____ التاريخ: _____

إلى العامل المصاب - معلومات عامة عن استخدام هذا النموذج.

يمكنك تقديم هذا النموذج (RFA-1W) وأي مرفقات به إلى مجلس تعويض العمال إذا كنت تريد أن يتخذ المجلس إجراءً محددًا في مطالبتك، أو إذا كنت تود تنبيه المجلس إلى أي مشكلة أو موقف يؤثر على مطالبتك. تُسرد العديد من الإجراءات/المواقف الأكثر طلبًا إما كمسائل بخصوص المدفوعات التعويضية (البند من أ إلى ز)، أو المسائل الطبية (البند من ح إلى ل)، ولكن ليس هناك ما يجعلك تقتصر على المذكور فقط. ضع علامة صح أمام كل ما ينطبق و/ أو أضف معلومات أو تفسيرات إضافية في المساحة المتوفرة (البند من م أو ن).

أكمل المعلومات التعريفية في الجزء العلوي من النموذج RFA-1W وأرسل النموذج، مع جميع المعلومات المرفقة المنطبقة عليك*، إلى:

Workers' Compensation Board

PO Box 5205

Binghamton, NY 13902-5205

عنوان التقديم من خلال البريد الإلكتروني: wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov

سيواصل مجلس تعويض العمال معك ومع جميع الأطراف عندما يتخذ إجراء بشأن مطالبتك.

*بعد كل مربع اختيار، سترى المعلومات المطلوبة مكتوبة بخط سميك. فمثلاً، إذا كنت تخبر مجلس تعويض العمال بأن عجزك دائم الآن (المربع ي)، فالمعلومات المطلوبة هي تقرير الطبيب بشأن أقصى تحسن طبي/العجز الدائم (النموذج C-4.3).

يجب عليك إرسال نسخة من هذا النموذج إلى شركة (شركات) التأمين، أو إلى صاحب العمل أو مسؤول الجهة الخارجية للتأمين مباشرة إذا كان صاحب العمل يؤمن ذاتياً.

إذا كانت لديك أي مخاوف أخرى، يمكنك التواصل مع محامي مجلس تعويض العمال للمصابين على الرقم **580-6665 (800)**. يمكن معرفة معلومات إضافية حول خدمات مجلس تعويض العمال الأخرى على الموقع الإلكتروني للمجلس: www.wcb.ny.gov. إذا كنت ترغب في متابعة مطالبتك عبر الإنترنت، يمكنك التسجيل في موقع eCase باستخدام تعليمات التسجيل المتاحة على موقع مجلس تعويض العمال الإلكتروني تحت رابط eCase.

لك الحق في التمثيل القانوني. لا يمكن أن يفرض المحامي عليك أتعاباً مباشرة نظير التمثيل في مطالبة تعويض العمال. إذا حصلت على حكم بالتعويض في مطالبتك، يجب أن يوافق مجلس تعويض العمال على أي طلب للتعويض القانوني وستخصصه شركة التأمين من التعويض المحكوم لك به وتدفعه إلى المحامي مباشرة.

المعالجة الطبية - الأدوية/المعدات الطبية المعمرة/المعالجة/الاختبار - يجب استخدام هذا النموذج عند رفض أحد الطلبات الطبية وكنت تطلب المساعدة من مجلس تعويض العمال فيما يتعلق بأحد الأسباب المذكورة أمام المربع (ح). وإذا لم يتم طلب تصريح مسبق بعد لكنه كان مطلوباً، فيجب على مقدم الرعاية الصحية الخاص بك تقديم طلب تصريح مسبق (PAR). يمكن الاطلاع على المعلومات المتعلقة بتقديم طلبات التصريح المسبق أو الفواتير الطبية غير المدفوعة على الموقع الإلكتروني لمجلس تعويض العمال www.wcb.ny.gov

أي شخص يقوم، متعمداً وبقصد الاحتيال، بتقديم أو إيعاز غيره في تقديم، أي معلومات تحتوي على أي بيانات جوهرية مضللة أو يخفي أي حقيقة جوهرية أو يجهزها عن علم أو اعتقاد بأنها سيتم تقديمها، أو لتقديمها من قبل شركة التأمين أو شركة التأمين الذاتي، يكون مذنباً بارتكاب جريمة ويخضع لغرامات كبيرة ويعرض نفسه للسجن.

الإخطار وفقاً لقانون حماية الخصوصية الشخصية في نيويورك (المادة (6-أ) من قانون الموظفين العموميين) وقانون الخصوصية الفيدرالي لعام 1974 (5 USC § 552a). إن سلطة مجلس تعويض العمال تطلب من العمال المصابين تقديم معلومات شخصية، من بينها رقم الضمان الاجتماعي الخاص بهم، وهذه السلطة مستمدة من سلطة التحقيق الممنوحة للمجلس بموجب الباب رقم 20 من قانون تعويض العمال، وسلطته الإدارية بموجب الباب رقم 142 من القانون المذكور. يتم جمع هذه المعلومات لمساعدة مجلس تعويض العمال في التحقيق في المطالبات وإدارتها بأفضل طريقة ممكنة 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 المخصصات. سيحمي مجلس تعويض العمال سرية جميع المعلومات الشخصية التي تكون بحوزته، ولن يكشف عنها إلا لأغراض تعزيز واجباته الرسمية ووفقاً لقانون الولاية والقانون الفيدرالي المعمول بهما.