

# كيفية طلب إجازة عائلية مدفوعة الأجر

لرعاية فرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة

الإجازة العائلية  
المدفوعة الأجر



## قبل تقدمك بطلب للحصول على إجازة عائلية مدفوعة الأجر

تحقق من متطلبات الأهلية. انظر الصفحة التالية أو تفضل بزيارة [PaidFamilyLeave.ny.gov/eligibility](http://PaidFamilyLeave.ny.gov/eligibility)

خطط لإجازتك. يمكن الحصول على الإجازة دفعة واحدة أو بشكل متقطع، إلا أنه يجب أن تكون موازية لساعات العمل المقررة.

أبلغ صاحب العمل **بإجازة قبل 30 يوماً على الأقل من موعدها**، إذا كانت متوقعة، أو في أقرب وقت ممكن.

## املأ نماذجك وأرفق الوثائق المطلوبة

### أكمل طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (النموذج PFL-1).

ملحوظة: يحتوي هذا النموذج على أقسام يجب أن تكملها أنت وصاحب العمل.

املأ القسم المخصص لك، وانسخ النموذج، وأعطيه لصاحب العمل **لإكمال الجزء بـ**.

على صاحب العمل إعدة **النموذج PFL-1** إيليك في غضون ثلاثة أيام عمل. وإذا حدث تأخير، فلست مضطراً إلى الانتظار للمضي قدماً. أرسل **النموذج PFL-1** الذي ملأته، مرفقاً بقيمة أوراق طلبك، مباشرة إلى شركة التأمين التي يتبع لها صاحب العمل.

### املأ نموذج الإفصاح عن المعلومات الشخصية بموجب قانون الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (النموذج PFL-3).

سيملاً أحد أفراد أسرتك (متلقى الرعاية) **النموذج PFL-3** ويقدمه إلى مقدم الرعاية الصحية المعنى به للاحتفاظ به في السجلات.

يسمح هذا النموذج لمقدم الرعاية الصحية بالإفصاح لك ولشركة التأمين التي يتبع لها صاحب العمل عن المعلومات المتعلقة بالحالة الصحية الخطيرة لأحد أفراد أسرتك.

لا ترسل هذا النموذج إلى شركة التأمين.

### املأ شهادة مقدم الرعاية الصحية المسئول عن رعاية أحد أفراد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة (النموذج PFL-4).

ملحوظة: يحتوي هذا النموذج على أقسام يجب أن يملأها مقدم الرعاية الصحية.

املأ القسم المخصص لك، وانسخ النموذج، وأعطيه إلى مقدم الرعاية الصحية المعنى بأحد أفراد أسرتك.

اطلب من مقدم الرعاية ملء الجزء المخصص له من النموذج وإعادته إليك في الوقت المناسب.

## قدم الوثائق إلى شركة التأمين التي يتبع لها صاحب العمل

أرسل **النموذج PFL-1** والنموذج **PFL-4** عبر البريد أو الفاكس إلى شركة التأمين التي يتبع لها صاحب العمل.

لمعرفة شركة التأمين التي يتبع لها صاحب العمل، يمكنك:

- البحث عن ملصق الإجازة العائلية المدفوعة الأجر في مكان عملك.
- سؤال صاحب العمل.

البحث عنها باستخدام تطبيق البحث عن تغطية صاحب العمل من خلال الموقع الإلكتروني [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov).

إذا لم تتمكن من العثور على شركة التأمين التي يتبع لها صاحب العمل، فاتصل بخط المساعدة المخصص للإجازات العائلية المدفوعة الأجر (PFL) للحصول على المساعدة: **(844) 337-6303**

خط المساعدة المخصص للإجازات العائلية المدفوعة الأجر متاح من الاثنين إلى الجمعة، من 8:30 صباحاً حتى 4:30 مساءً.

يرجى عدم تقديم رزمة أوراق طلبك إلى مجلس تعويضات عمال ولاية نيويورك (NYS Workers' Compensation Board).

عليك تقديم مجموعة أوراق طلبك مكتملة إلى شركة التأمين التي يتبع لها صاحب العمل في غضون 30 يوماً من بدء إجازتك لتجنب فقدان المخصصات.

احفظ بنسخة من جميع النماذج والوثائق لتكون مرجعاً لك.

تقع على عاتقك مسؤولية تقديم النماذج إلى شركة التأمين. وليس ذلك من مسؤولية صاحب العمل.



## معلومات مهمة

في معظم الحالات، على شركة التأمين دفع المخصصات أو رفضها في غضون 18 يوماً بعد استلامها طلبك المكتمل، أو بعد اليوم الأول من إجازتك؛ أيهما يأتي لاحقاً. لا يمكن اعتبار طلبك غير مكتمل فقط لأن صاحب العمل لم يملأ **الجزء ب من النموذج PFL-1** في غضون ثلاثة أيام عمل.

إذا رفضت الشركة دفع مخصصاتك أو عجزت عن ذلك في الوقت المناسب أو كان لديك أي نزاع آخر متعلق بالمطالبة، يمكنك طلب مراجعة إجراءات شركة التأمين. يمكن العثور على مزيد من المعلومات على الموقع [nyspfla.namadr.com](http://nyspfla.namadr.com).

يتولى أحد قضاة مجلس تعويض العمال البت في الشكاوى المتعلقة بحالات التمييز أو الانتقام التي ارتكبها صاحب العمل بعد عقد جلسة استماع. إذا كنت تعتقد أن صاحب العمل قد مارس التمييز ضدك أو انتقم منك بسببأخذك إجازة عائلية مدفوعة الأجر أو طلبها، فتفضل بزيارة [PaidFamilyLeave.ny.gov/protections](http://PaidFamilyLeave.ny.gov/protections) أو اتصل بالرقم (844) 337-6303.



## الأهلية

يحصل غالبية الموظفين لدى جهات عمل خاصة في ولاية نيويورك على تغطية بموجب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر.

**الموظفون بدوام كامل:** إذا كنت تعمل بدوام منتظم لمدة 20 ساعة أو أكثر أسبوعياً، فأنت مؤهل للحصول على هذه الإجازة بعد انقضاء 26 أسبوعاً متتالياً من توظيفك لدى صاحب العمل.

**الموظفون بدوام جزئي:** إذا كنت تعمل بدوام منتظم لمدة أقل من 20 ساعة أسبوعياً، فستصبح مؤهلاً بعد انقضاء مدة مقدارها 175 يوماً من توظيفك لدى صاحب العمل، لا يلزم أن تكون متتالية.

قد تشمل التغطية الموظفين الحكوميين غير الممثلين نقابياً إذا اختار صاحب العمل طوعاً دفع المخصصات. وقد تشمل التغطية الموظفين الحكوميين الممثلين نقابياً إذا ما جرى التفاوض على المخصصات من خلال المفاوضة الجماعية.

لن تؤثر حالة الهجرة أو المواطنة أو كليتهما في أهلية الموظف.

إذا كنت تعتقد أنك مؤهل، يمكنك التقدم بطلب للحصول على إجازة عائلية مدفوعة الأجر وستتخد شركتك التأمين قراراً بشأن ذلك.

إذا كانت لديك أسئلة عن قواعد الأهلية، فاتصل **بخط المساعدة للإجازة العائلية المدفوعة الأجر على (844) 337-6303** (من الاثنين إلى الجمعة، من 8:30 صباحاً حتى 4:30 مساءً).

### أفراد الأسرة الذين يمكنك الاعتناء بهم:

الزوج/الشريك المنزلي

الطفل/الربيب

الوالد أو الوالدة/زوج الأم أو زوج الأب/الحمو

الجد/الجدة

الحفيد

الشقيق/الشقيقة (جديد في عام 2023!) تحقق مع شركة التأمين التي يتبع لها صاحب العمل للحصول على تفاصيل عن موعد دخول ذلك الأمر حيز التنفيذ بموجب سياستهم.

### يمكن أن تشمل الرعاية توفير ما يأتي:

الرعاية البدنية الالزمة

الدعم العاطفي

الزيارة

المساعدة في العلاج

خدمات النقل

المساعدة في ترتيب تغيير في خطة الرعاية

المساعدة في أداء الأنشطة اليومية الأساسية

خدمات المراقبة الشخصية

تذكرة: تقع على عاتقك مسؤولية تقديم النماذج إلى شركة التأمين. وليس ذلك من مسؤولية صاحب العمل.



لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة [PaidFamilyLeave.ny.gov](http://PaidFamilyLeave.ny.gov) أو الاتصال بالرقم (844) 337-6303.

## التعليمات المتعلقة بطلب الحصول على الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (نموذج 1) (PFL-1)

- لطلب إجازة عائلية مدفوعة الأجر (PFL)، على الموظف الذي يطلب إجازة عائلية مدفوعة الأجر إكمال الجزء أ من طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (النموذج 1-PFL). جميع البنود الواردة في النموذج مطلوبة ما لم يذكر أنها اختيارية. يقدم الموظف بعد ذلك النموذج إلى صاحب العمل لإكمال الجزء ب.
  - يكمل صاحب العمل الجزء ب من طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (النموذج 1-PFL) ويعيده إلى الموظف في غضون ثلاثة أيام عمل.
  - سُتطلب نماذج إضافية حسب نوع الإجازة المطلوبة. ويتحمل الموظف الذي يطلب الإجازة المسئولية عن إكمال هذه النماذج.
  - يقدم الموظف الطلب المكتمل للإجازة العائلية المدفوعة الأجر (النموذج 1-PFL)، إلى جانب النموذج الإضافي المطلوب، إلى شركة التأمين التي تغطي الإجازة العائلية المدفوعة التي يتبع لها صاحب العمل والمدرجة في الجزء ب من طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (النموذج 1-PFL). وعلى الموظف الاحتفاظ بنسخة من كل نموذج مقدم لتكون مرجحاً له مستقبلاً.

## الجزء أ - معلومات الموظف (يكملاها الموظف)

على الموظف الذي يطلب إجازة عائلية مدفوعة الأجر إكمال جميع البيانات المطلوبة.

## طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (يكمله الموظف)

فاكتب "التاريخ تدريية". وإذا كانت التوارييخ تقديرية، فقد طلب منك شركة التأمين التي تغطي الإجازة العائلية المدفوعة الأجر تقديم طلب الدفع بعد أحد يوم واحد من الإجازة العائلية المدفوعة الأجر. وسيكون السداد للمطالبات المعتمدة مستحقة في أقرب وقت ممكن، ولكنه لن يتجاوز بأي حال من الأحوال 18 يوماً من تاريخ اكتتمال الطلب.

**السؤال 14:** إذا قدم الموظف طلب إجازة عائلية مدفوعة الأجر إلى جهة العمل بإشعار يسبق تاريخ بدء الإجازة بفترة تقل عن 30 يوماً، فليه توضيح سبب عدم إمكانية تقديم إشعار قبل الموعد بثلاثين يوماً. وإذا لم تكن المساحة المتوفرة في النموذج كافية لشرح السبب، فليكتب "انظر المرفق" وأضف مرفقاً يحتوي على الشرح. وتأكد من كتابة الاسم الكامل للموظف وتاريخ ميلاده في الجزء العلوي من المرفق.

**السؤال 12:** مصطلح الطفل يشمل الطفل البيولوجي أو المتبني أو المترافق للرعاية البديلة، أو الربيب، أو القاصر تحت الوصاية القانونية، أو طفل الشريك المنزلي، أو الشخص الذي يقوم الموظف مقام والديه. ويُعرَف ولِي الأمر بأنه الوالد البيولوجي (الوالدة البيولوجية) أو الحاضن أو المتبني، أو الحمو، أو زوج الأم أو زوج الأب، أو الوصي القانوني، أو أي شخص آخر قام مقام الوالدين بالنسبة إلى الموظف عندما كان الموظف طفلاً.

**السؤال 13:** إذا كانت التواريـخ "متـواصـلةـةـ" ، فـعلـىـ الموـظـفـ تـقـدـيمـ تـارـيـخـ بـدـءـ الإـجاـزـةـ العـالـانـيـةـ المـدـفـوعـةـ الأـجـرـ المـطـلـوـبـةـ وـتـارـيـخـ اـنـتـهـائـهـاـ . وـيـجـبـ أنـ تـكـوـنـ هـذـهـ التـارـيـخـ الفـعـلـيـةـ التـيـ سـتـبـدـأـ فـيـهاـ الإـجاـزـةـ العـالـانـيـةـ المـدـفـوعـةـ الأـجـرـ وـتـنـتـهيـ . إـذـاـ كـنـتـ غـيرـ مـتـأـكـدـ ، فـاـكـتـبـ تـارـيـخـ الـبـدـءـ وـاـنـتـهـاءـ تـقـيـيـراـ ، وـاـكـتـبـ "التـارـيـخـ تـقـيـيـرـةـ" . إـذـاـ كـانـتـ التـارـيـخـ "دـورـيـةـ" ، فـأـدـخـلـ التـارـيـخـ التـيـ سـتـأـخـدـ فـيـهاـ الإـجاـزـةـ العـالـانـيـةـ المـدـفـوعـةـ الأـجـرـ . يـرجـىـ أنـ تـكـوـنـ مـحـدـداـ قـدـرـ الـمـسـطـعـاءـ . إـذـاـ كـانـتـ التـارـيـخـ غـيرـ مـعـرـفـةـ أـوـ تـقـيـيـرـةـ ،

## معلومات التوظيف (يكلملها الموظف)

**السؤال 16:** أدخل تاريخ التوظيف وفقاً لأفضل ما يتذكره الموظف. إذا تجاوز تاريخ التوظيف أكثر من عام، يكفي إدخال العام الذي بدأ فيه العمل.

**السؤال 18:** أدخل أفضل تقدير لمتوسط إجمالي الأجر الأسبوعي. لا تدرج إلا الأجر المتحصلة من صاحب العمل المذكور في نموذج الطلب هذا. يعرّف إجمالي الأجر الأسبوعي بأنه إجمالي الأجر الأسبوعي — ويشمل ذلك ساعات العمل الإضافية، والإكراميات، والعلاوات، والعمولات — قبل أي خصومات يفرضها صاحب العمل، مثل الضرائب الفيدرالية وضرائب الولاية. وإذا لم يتمكن صاحب العمل من تقديم هذه المعلومات، يمكن للموظف أن يحسب أجره الأسبوعي الإجمالي على النحو الآتي:

**الخطوة 1:** أصف جميع الأجر الإجمالية التي حصلت عليها (قبل أي خصومات) خلال الأسابيع الثمانية التي تسبق بدء الإجازة العائلية المدفوعة الأجر، ويشمل ذلك ساعات العمل الإضافية، والإكراميات المكتسبة. (انظر الخطوة 3 للاطلاع على التعليمات المتعلقة بحساب العلاوات أو العمولات أو كليهما)

**الخطوة 2:** أقسم الأجر الإجمالي المحسوبية في الخطة الأولى على ثمانية (أو عدد الأسابيع التي عملت فيها إذا كانت أقل من ثمانية) لحساب متوسط الأجر الأسويوية

**الخطوة 3:** إذا تلقى الموظف علاوات أو عمولات أو كليتهما خلال الأسابيع البالغ عددها 52 التي تسبق الإجازة العائلية المدفوعة الأجر، فأضاف المبلغ الأ أسبوعي النسبي إلى متوسط الأجر الأ أسبوعي. ولتحديد المبلغ الأ أسبوعي النسبي، أضاف جميع العلاوات/العمولات المكتسبة في الأسابيع السابقة البالغ عددها 52، ثم أقسم على 52.

## الجزء أ - معلومات الموظف (يكملا الموظف) - تابع من الصفحة السابقة

تابع تعليمات النموذج 1 PFL من الصفحة السابقة

متوسط الأجر الأسبوعي

العلاوة الأسبوعية التنسابية

متوسط الأجر الأسبوعي (شامل العلاوة) =

يرجى ملاحظة أن صاحب العمل مطالب ببيان تقديم هذه المعلومات في الجزء ب من طلب الحصول على إجازة عائلية مدفوعة الأجر (النموذج 1 PFL).

في حالة التقديم المسبق للنموذج: وضح إذا ما كان الموظف بقصد التقديم المسبق طلب الحصول على إجازة عائلية مدفوعة الأجر. يُعرف التقديم المسبق بأنه تقديم الطلب قبل حدث قادم من شأنه أن يمنح الأهلية لصاحب، مع عدم توفر بعض المعلومات المطلوبة بسبب عدم معرفتها في وقت تقديم الطلب. وإذا سمحت شركة التأمين أو صاحب العمل المؤمن عليه ذاتياً بالتقديم المسبق، يجب توفير المعلومات ويوفر الموظف هذا النموذج ويؤرخه قبل إعطائه إلى صاحب العمل لإكمال الجزء ب.

## الجزء ب - معلومات صاحب العمل (يكملا صاحب العمل)

على صاحب العمل الذي يعمل لديه الموظف الذي يطلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر إكمال جميع المعلومات الواردة في الجزء ب.

**السؤال 10:** سيؤدي عدم اختيار الإجابة "نعم" عن طلب التعويض من شركة التأمين إلى التنازل عن الحق في مبلغ التعويض.

**السؤال 11:** يشير مصطلح "الإعاقة" إلى الإعاقة المحددة بموجب القانون بولاية نيويورك. إذا كانت الإجابة "لا شيء"، فادخل "0" لإجمالي الأسابيع والأيام الواردة في السؤال 11 ب.

**السؤال 11 ب:** الحد الأقصى لعدد الأسابيع المتأخرة للإعاقة المحددة بموجب القانون بولاية نيويورك والإجازة العائلية المدفوعة الأجر في أي فترة تبلغ 52 أسبوعاً هو 26 أسبوعاً. حدد إجمالي عدد الأسابيع وكذلك الأيام الإضافية إذا تضمنت الإجازة جزءاً من أسبوع، وذلك عند أخذ الإجازة بغض إعاقه محددة بموجب القانون بولاية نيويورك والإجازة العائلية المدفوعة الأجر خلال الأسابيع السابقة البالغ عددها 52 أسبوعاً.

**الأسئلة 13 و 14 و 15:** أدخل اسم شركة التأمين التي تغطي الإجازة العائلية المدفوعة أو الإعاقة/الإجازة العائلية المدفوعة الأجر، وعنوانها، ورقم بوليصة الإجازة العائلية المدفوعة الأجر. إذا كان صاحب العمل هذا مؤمناً عليه ذاتياً، فادخل اسم المكان الذي يجب تقديم طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر إليه وعنوانه لمعالجة الطلب.

**تأكيد استحقاق الموظف للإجازة العائلية المدفوعة الأجر:** يجب أن يكون الموظف الذي يعمل بانتظام لمدة 20 ساعة أو أكثر في الأسبوع قد أمضى في الوظيفة على الأقل 26 أسبوعاً متتالية. أما الموظف الذي يعمل بانتظام لأقل من 20 ساعة في الأسبوع، فيجب أن يكون قد أمضى في الوظيفة 175 يوماً.

يوضع صاحب العمل الطلب ويؤرخه، ثم يعيده إلى الموظف الذي يطلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر في غضون ثلاثة أيام عمل.

تأكد من إكمال النموذج الإضافي المناسب (النماذج) للإجازة العائلية المدفوعة الأجر بناءً على نوع الإجازة المطلوبة.

إخطار بمقتضى قانون حماية الشخصية في نيويورك (البند 6-1) من قانون موظفي القطاع العام) وقانون الخصوصية الفيدرالي لعام 1974 (5 USC 552a).

إن سلطة مجلس تعويض العمال (المجلس) التي تلزم الموظفين بتقديم معلومات شخصية، من بينها رقم الضمان الاجتماعي أو رقم التعريف الضريبي، مستمدة من السلطة الإدارية للمجلس بموجب المادة 142 من قانون تعويض العمال. وتُجمع هذه المعلومات لمساعدة المجلس في التحقق من صحة المطالبات وإدارتها بأسلوب طريقة ممكنة ولمساعدته في حفظ سجلات دقيقة. وفي خطوة احتيارية، تُقْرَأ رقم الضمان الاجتماعي أو رقم التعريف الضريبي إلى المجلس. وسيحتمي المجلس سرية جميع المعلومات الشخصية التي تكون بحوزته، ولن يُكشف عنها إلا لأغراض تعزيز واجباته الرسمية ووفقاً لقانون الولاية والقانون الفيدرالي المعمول بهما.

# طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (نموذج 1)

التعليمات مضمونة في النموذج

# الإجازة العائلية المدفوعة الأجر



## الجزء أ - معلومات الموظف (يكملاها الموظف)

1. الاسم القانوني للموظف (الاسم الأول، أول حرف من الاسم الأوسط، اسم العائلة)

### اختياري (لأغراض بحثية)

#### 10. الأصل الإثني/العرقي للموظف

مجموعة رموز مراكز السيطرة على الأمراض (لأغراض المسح الصحي للسكان فقط) (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) والواقية منها (بالولايات المتحدة، الإصدار 1.0)

هل الموظف من أصل هسباني أو لاتيني أو إسباني؟  
(يمكن اختيار فئة واحدة أو أكثر).

- مكسيكي
- أمريكي مكسيكي
- شيكانو
- بورتوريكي
- دومينيكي
- كوبي

- من أصل هسباني أو لاتيني أو إسباني آخر
- ليس من أصل هسباني ولا لاتيني ولا إسباني
- غير معروف

ما الأصل العرقي للموظف؟  
(يمكن اختيار فئة واحدة أو أكثر).

- هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين
- أمريكي أسود أو أمريكي إفريقي

هندي آسيوي

صيني

فلبيني

ياباني

كوري

فيتنامي

من أصل آسيوي آخر

أبيض

من سكان هواي الأصليين

غواتامي أو من شعب شامورو

من ساموا

من سكان جزر المحيط الهادئ الآخرين

من عرق آخر

2. الألقاب الأخرى، إن وجدت، التي تُلقب بها الموظف في عمله.

3. العنوان البريدي للموظف

عنوان الشارع

المدينة، الولاية

الدولة (إن لم تكن الولايات المتحدة الأمريكية)

الرمز البريدي

4. رقم الضمان الاجتماعي للموظف أو رقم التعريف الضريبي

5. تاريخ ميلاد الموظف (شهر/يوم/سنة)

/ /

6. رقم الهاتف الرئيسي للموظف

( ) - - -

7. عنوان البريد الإلكتروني المفضل للموظف في أثناء قصائه الإجازة العائلية المدفوعة الأجر  
(إن وجد)

8. جنس الموظف

ذكر  أنثى  غير محدد

9. اللغة المفضلة للموظف

Polski  Русский  English

한국어  Kreyòl ayisyen  Italiano  中文

غير ذلك

## طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (PFL) (يكملاها الموظف)

11. سبب طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر:  توطيد العلاقة مع الطفل  رعاية أحد أفراد الأسرة  حدث التأهيل العسكري

12. صلة فرد الأسرة بالموظفي:

طفله  زوجه  شريكه المنزلي  والده/والدته  حموه  جده/جده  حفيده  شقيقة/شقيقته

تابع النموذج 1 PFL في الصفحة التالية

يكتب الموظف

تاريخ ميلاد الموظف (شهر/يوم/سنة)

اسم الموظف (الاسم الأول، أول حرف من الاسم الأوسط، اسم العائلة)

/ /

الجزء أ - معلومات الموظف (يكتبها الموظف) - تابع من الصفحة السابقة

تابع النموذج-1 PFL من الصفحة السابقة

13. هل ستكون الإجازة العائلية المدفوعة الأجر لفترة زمنية متواصلة أم متقطعة أم لكليهما؟

تاريخ بدء الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (شهر/يوم/سنة)

تاريخ انتهاء الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (شهر/يوم/سنة)

 التواريخ تدريجية متواصلة

/ / / /

 التواريخ تدريجية

حدد تواريخ الإجازة العائلية المدفوعة الأجر التي ستؤخذ على فترات متقطعة:

 متقطعة

14. في حالة تقديم إشعار مسبق قبل أقل من 30 يوماً إلى صاحب العمل، يرجى توضيح السبب:

معلومات التوظيف (يكتبها الموظف)

15. اسم الشركة

/ /

16. تاريخ تعيين الموظف (شهر/يوم/سنة)

17. موقع عمل الموظف

عنوان الشارع

الدولة (إن لم تكن الولايات المتحدة الأمريكية)

الرمز البريدي

المدينة، الولاية

18. متوسط إجمالي الأجر **الأسبوعي** للموظف (كل من الموظف وصاحب العمل مطالب بتقديم هذه البيانات)

( ) - -

19. رقم هاتف صاحب العمل للتواصل بشأن هذا الطلب:

20. هل يعمل الموظف لدى أكثر من صاحب عمل؟  نعم  لا20b. إذا كانت الإجابة بنعم، فهل الموظف يأخذ إجازة عائلية مدفوعة الأجر من صاحب العمل الآخر؟  نعم  لا21. هل ينقاصر الموظف حالياً مخصصات تعويضات العمال عن الأجر المفقودة؟  نعم  لا

بيان الإفصاح: سيرؤد صاحب العمل بمعلومات عن مخصصات الإجازة العائلية المدفوعة الأجر التي يحصل عليها الموظف، مثل المدفوعات المستلمة وأنواع الإجازات.

الإقرار والتوكيل

أي شخص يقدم معتقداً وبنية الاحتيال على أي شركة تأمين أو أي شخص آخر طلباً للحصول على تأمين أو بيان دعوى يحتوي على معلومات جوهرية زائفة، أو يخفي بغرض التضليل معلومات تتعلق بأي حقيقة جوهرية ذات صلة، فإنه يرتكب بذلك فعلاً تأمينياً احتيالياً يعد جريمة، ويعرض صاحبه أيضًا لعقوبة مدنية لا تتجاوز خمسة آلاف دولار والقيمة المعلنة للدعوى عن كل انتهائهما من هذا القبيل.

وأقسم بمحظته هذه الوثيقة طلباً الحصول على مخصصات الإجازة العائلية المدفوعة الأجر بموجب قانون تعويض عمال ولاية نيويورك. يؤكد توقيعي أن المعلومات التي أقدمها صحيحة ودقيقة على حد علمي وفني.

تاریخ التوقيع (شهر/يوم/سنة)

توقيع الموظف

/ /

 أقسم هذا النموذج مسبقاً (انظر التعليمات المتعلقة بالتقديم المسبق). أتفهم أن شركة التأمين ستتصل بي لتقديم المذورة بشأن الطريقة التي سأقدم بها المعلومات المفقودة المطلوبة.

يكتب الموظف

تاريخ ميلاد الموظف (شهر/يوم/سنة)

اسم الموظف (الاسم الأول، أول حرف من الاسم الأوسط، اسم العائلة)

/ / \_\_\_\_\_

## الجزء ب - معلومات صاحب العمل (يكتبها صاحب العمل)

## 1. الاسم القانوني الكامل للشركة وعنوانها البريدي

اسم الشركة

العنوان البريدي

الدولة (إن لم تكن الولايات المتحدة الأمريكية)

الرمز البريدي

المدينة، الولاية

## 2. رقمتعريف جهة العمل الفيدرالية

## 3. رمز التصنيف الصناعي القياسي (SIC) لجهة العمل

## 4. اسم مسؤول التواصل التابع لجهة العمل للاستفسارات المتعلقة بالإجازة العائلية المدفوعة الأجر

## 5. رقم هاتف جهة العمل للتواصل ( ) ( ) - - -

## 6. عنوان البريد الإلكتروني للتواصل مع جهة العمل

## 7. تاريخ تعيين الموظف (شهر/يوم/سنة) / /

8. رموز مهنة الموظف متاحة على: [www.bls.gov/soo/2018/major\\_groups.htm](http://www.bls.gov/soo/2018/major_groups.htm)

## 9. أدخل إجمالي الأجر التي تلقاها الموظف في آخر 8 أسابيع واحسب متوسط إجمالي الأجر الأسبوعي

رقم الأسبوع.	تاريخ انتهاء الأسبوع (شهر/يوم/سنة)	عدد أيام العمل	إجمالي المبلغ المدفوع
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
متوسط إجمالي الأجر الأسبوعي المحسوب:			

10. إذا حصل الموظف على أجوره كاملة أو كان سيحصل عليها في أثناء الإجازة العائلية المدفوعة الأجر، فهل سيطلب صاحب العمل تعويضاً؟  نعم  لا

يكتب الموظف

تاريخ ميلاد الموظف (شهر/يوم/سنة)

اسم الموظف (الاسم الأول، أول حرف من الاسم الأوسط، اسم العائلة)

/ /

الجزء ب - معلومات صاحب العمل (يكملاها صاحب العمل) - تابع من الصفحة السابقة

تابع النموذج 1 PFL من الصفحة السابقة

11أ. في الأسابيع السابقة البالغ عددها 52، أخذ الموظف إجازة بسبب:  إعاقه محددة بموجب القانون بولاية نيويورك  إجازة عائلية مدفوعة الأجر  
 كل من الإعاقه والإجازة العائلية المدفوعة الأجر  لا شيء

11ب. أدخل العدد الإجمالي للأسابيع والأيام التي أخذها الموظف لكل من الإعاقه والإجازة العائلية المدفوعة الأجر في آخر 52 أسبوعاً:

يرجى ذكر تواريخ محددة للإعاقه:	أسابيع
الإعاقه:	أيام

يرجى ذكر تواريخ محددة للإجازة العائلية المدفوعة الأجر:	أسابيع
الإجازة العائلية المدفوعة الأجر:	أيام

12. هل يستفيد الموظف من قانون الإجازات العائلية والطبية (Family and Medical Leave Act, FMLA) إلى جانب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر؟  نعم  لا

13. اسم شركة التأمين التي تغطي الإجازة العائلية المدفوعة الأجر وعنوانها البريدي

اسم شركة التأمين التي تغطي الإجازة العائلية المدفوعة الأجر وعنوانها البريدي		
العنوان البريدي		
الدولة (إن لم تكن الولايات المتحدة الأمريكية)	الرمز البريدي	المدينة، الولاية

14. رقم هاتف شركة التأمين التي تغطي الإجازة العائلية المدفوعة الأجر

15. رقم بوليصة الإجازة العائلية المدفوعة الأجر

الإقرار والتوكيل

أؤكد أن الموظف يعمل بانتظام لمدة 20 ساعة أو أكثر في الأسبوع، وأنه كان يعمل لمدة 26 أسبوعاً متتالياً على الأقل، أو أن الموظف يعمل بانتظام لمدة تقل عن 20 ساعة في الأسبوع، وقد عمل 175 يوماً على الأقل.

أي شخص يقدم متمعدلاً وبنية الاحتيال على أي شركة تأمين أو أي شخص آخر طلباً للحصول على تأمين أو بيان دعوى يحتوى على معلومات جوهرية زائفه، أو يخفي بعرض التضليل معلومات تتعلق بأى حقيقة جوهرية ذات صلة، فإنه يرتكب بذلك فعلًا تأمينياً احتيالياً يعد جريمة، ويعرض صاحبه أيضاً لعقوبة مدنية لا تتجاوز خمسة آلاف دولار والعقوبة المعلنة للدعوى عن كل انتهاك من هذا القبيل.

أنا الشخص المخول بالتوقيع بصفتي صاحب العمل الذي يطلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر، ويوثق توقيعي أن المعلومات التي قدمتها صحيحة ودقيقة على حد علمي وقناعاتي.

تاريخ التوقيع (شهر/يوم/سنة)

التوقيع المعتمد لصاحب العمل

/ /

المسئى الوظيفي

## تعليمات الإفصاح عن المعلومات الصحية الشخصية بموجب قانون الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (النموذج 3-PFL)

- إذا طلب الموظف إجازة عائلية مدفوعة الأجر (PFL) لرعاية فرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة، فعلى متنقي الرعاية أو الممثل المفوض ملء نموذج الإفصاح عن المعلومات الصحية الشخصية بموجب قانون الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (النموذج 3-PFL) وتقديمه إلى مقدم الرعاية الصحية المعنى به مع تقديم نسخة من شهادة مقدم الرعاية الصحية المسئول عن رعاية فرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة (النموذج 4-PFL).
- إن الإفصاح عن المعلومات الصحية الشخصية بموجب قانون الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (النموذج 3-PFL) يسمح لمقدم الرعاية الصحية بملء شهادة مقدم الرعاية الصحية لرعاية فرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة (النموذج 4-PFL) والإفصاح عنها للموظف الذي يسعى للحصول على مخصصات الإجازة العائلية المدفوعة الأجر.
- قبل إكمال النموذج وتوقيعه، على متنقي الرعاية الاطلاع على نموذج الإفصاح عن المعلومات الصحية الشخصية بموجب قانون الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (النموذج 3-PFL) بالكامل.
- يقدم الموظف الذي يطلب إجازة عائلية مدفوعة الأجر كلاً من طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (النموذج 1-PFL) ووثيقة مقدم الرعاية الصحية لرعاية فرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة (النموذج 4-PFL) إلى شركة التأمين التي تغطي الإجازة العائلية المدفوعة الأجر التي يتبع لها صاحب العمل، أو إلى صاحب العمل إذا كان صاحب العمل مؤمناً عليه ذاتياً، لتحديد مخصصات الإجازة العائلية المدفوعة الأجر.

**ملحوظة:** ستحتفظ مقدم الرعاية الصحية بهذا النموذج. على الموظف إنشاء نسخ من سجلاته قبل إعطائها إلى مقدم الرعاية الصحية.

يوقع متنقي الرعاية أو الممثل المفوض النموذج ويورخه.

ويُقَدِّم هذا النموذج إلى مقدم الرعاية الصحية المعنى بمتلكي الرعاية بالإضافة إلى شهادة مقدم الرعاية الصحية لرعاية فرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة (النموذج 4-PFL).

الإفصاح عن المعلومات الصحية الشخصية من قبل مقدم الرعاية الصحية المسؤول عن فرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة (يكمله متنقي الرعاية أو الممثل المفوض، ويقدم إلى مقدم الرعاية الصحية المعنى بمتلكي الرعاية مع النموذج 4-PFL).

يدخل الموظف اسمه واسم متنقي الرعاية (المريض) وتاريخ ميلاده في أعلى كل صفحة.

اسم شركة التأمين التي تغطي الإجازة العائلية المدفوعة الأجر المطلوبة في الجزء العلوي من النموذج هو اسم شركة التأمين التي تغطي الإجازة العائلية المدفوعة الأجر الواردة في طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (النموذج 1-PFL) في السطر 13 من الجزء ب.

على متنقي الرعاية أو الممثل المفوض إكمال جميع المعلومات السارية المطلوبة.

إذا لم يتمكن متنقي الرعاية من إكمال هذا النموذج، فعلى الممثل المفوض إرفاق نسخة من الوثائق القانونية، مثل توكيل الرعاية الصحية أو التوكيل الرسمي، ما يسمح للممثل بالتوقيع نيابة عن متنقي الرعاية. وسيطلب مقدم الرعاية الصحية وثائق التفويض هذه ما لم يكن الممثل المفوض هو ولد الأم أو الذي يوقع نيابة عن طفل قاصر.

احذر بمقتضى قانون حماية الخصوصية الشخصية في نيويورك (البند 6-أ) من قانون موظفي القطاع العام) وقانون الخصوصية الفيدرالي لعام 1974 (5 USC 552a).

إن سلطة مجلس تعويض العمال (المجلس) التي تلزم الموظفين بتقديم معلومات شخصية، من بينها رقم الضمان الاجتماعي أو رقم التعريف الضريبي، مستمدة من السلطة الإدارية للمجلس بموجب المادة 142 من قانون تعويض العمال. وتُجمع هذه المعلومات لمساعدة المجلس في التحقق من صحة المطالبات وإدارتها بأسلوب ممكّن ولمساعدته في حفظ سجلات دقيقة. وفي خطوة اختيارية، يُقدم رقم الضمان الاجتماعي أو رقم التعريف الضريبي إلى المجلس. وسيحتمي المجلس سرية جميع المعلومات الشخصية التي تكون بحوزته، ولن يُكشف عنها إلا لأغراض تعزيز واجباته الرسمية ووفقاً لقانون الولاية والقانون الفيدرالي المعمول بهما.

**يُحظر المسح الضوئي**

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، يرجى الاتصال بالرقم 337-6303 (844) [paidfamilyleave.ny.gov](http://paidfamilyleave.ny.gov)

تعليمات النموذج 3-PFL  
الصفحة 1 من 1

# الإجازة العائلية المدفوعة للأجر



## طلب الإجازة العائلية المدفوعة للأجر

الإفصاح عن المعلومات الصحية الشخصية بموجب قانون الإجازة العائلية المدفوعة  
الأجر (النموذج 3) (PFL-3)  
التعليمات مضمونة في النموذج

يملئه الموظف

اسم الموظف (الاسم الأول، أول حرف من الاسم الأوسط، اسم العائلة)

تاريخ ميلاد متلقي الرعاية (المريض) (شهر/يوم/سنة)

/ / \_\_\_\_\_

اسم متلقي الرعاية (المريض) (الاسم الأول، أول حرف من الاسم الأوسط، اسم العائلة)

الإفصاح عن المعلومات الصحية الشخصية من قبل مقدم الرعاية الصحية المسؤول عن فرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة (يملئه متلقي الرعاية أو الممثل المفترض، ويقّسم إلى مقدم الرعاية الصحية المعنى بمتلقي الرعاية مع النموذج 4) (PFL-4)

اسم متلقي الرعاية (المريض)

أفوض، أنا

اسم مقدم الطلب

بإطلاع

وشركة التأمين التي تغطي الإجازة العائلية المدفوعة للأجر التي يتبّع لها صاحب العمل

اسم شركة التأمين التي تغطي الإجازة العائلية المدفوعة للأجر

على معلوماتي الصحية الشخصية

السجلات المعرضة للإفصاح: يمنح هذا النموذج مقدم الرعاية الصحية المذكور إذن بتضمين معلومات من سجلات رعايتك الصحية في الشهادة الطبية المرفقة. وينجح هذا النموذج مقدم الرعاية الصحية المعنى بك إذن بالإفصاح عن المعلومات الموجودة فقط في سجلات رعايتك الصحية التي تتعلق بحالتك الحالية موضوع طلب الموظف الحصول على مخصصات الإجازة العائلية المدفوعة للأجر.

مدة الإفصاح القابل للإلغاء: ينتهي هذا التقويض بعد عام واحد، أو عندما تلغي الإفصاح. يمكنك إلغاء هذا الإفصاح في أي وقت. للإلغاء، أرسل خطاباً إلى مقدم الرعاية الصحية المذكور في هذا النموذج.

لا يسمح هذا النموذج لمقدم الرعاية الصحية المعنى بك بالإفصاح عن أنواع المعلومات الآتية، ما لم تسمح أنت تحديداً بهذا الإفصاح. ضع علامة "X" بجوار أي معلومات "يحق" لمقدم الرعاية الصحية المعنى بك بالإفصاح عنها:

المعلومات المتعلقة بغيرها من الأشخاص المقربين  معلومات الصحة النفسية  العلاج من تعاطي الكحول والمخدرات  منكرات العلاج النفسي

## معلومات مقدم الرعاية الصحية (يملئها متلقي الرعاية أو الممثل المفترض)

حدد مقدم الرعاية الصحية الذي يقوم لك العلاج حالياً بسبب حالة طلب الموظف بمقتضاه الحصول على مخصصات الإجازة العائلية المدفوعة للأجر.

1. اسم مقدم الرعاية الصحية

2. العنوان البريدي لمقدم الرعاية الصحية

العنوان البريدي

الدولة (إن لم تكن الولايات المتحدة الأمريكية)

الرمز البريدي

المدينة، الولاية

3. رقم هاتف مقدم الرعاية الصحية (اذكر المنطقة أو رمز البلد)

تابع النموذج 3 PFL-3 في الصفحة التالية

يكلمه الموظف

اسم الموظف (الاسم الأول، أول حرف من الاسم الأوسط، اسم العائلة)

تاريخ ميلاد متنقي الرعاية (المريض) (شهر/يوم/سنة)

اسم متنقي الرعاية (المريض) (الاسم الأول، أول حرف من الاسم الأوسط، اسم العائلة)

/ /

الإفصاح عن المعلومات الصحية الشخصية من قبل مقدم الرعاية الصحية المسؤول عن فرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة (يكلمه متنقي الرعاية أو الممثل المفوض، ويقدم إلى مقدم الرعاية الصحية المعنى بمتلقي الرعاية مع النموذج PFL-4) - تابع من الصفحة السابقة

تابع النموذج PFL-3 من الصفحة السابقة

معلومات متنقي الرعاية الصحية (يكلمها متنقي الرعاية أو الممثل المفوض)

4. العنوان البريدي لمتنقي الرعاية

العنوان البريدي

الدولة (إن لم تكن الولايات المتحدة الأمريكية)

الرمز البريدي

المدينة، الولاية

5. رقم الضمان الاجتماعي لمتنقي الرعاية

6. رقم هاتف متنقي الرعاية (اذكر المنطقة أو رمز البلد)

اقرأ ووقع أدناه  
وأتفهم أن هذه PFL-4 للموظف المذكور في النموذج (PFL-3) يطلب بمحض هذه الوثيقة من مقدم الرعاية الصحية المذكور تقديم شهادة مقدم الرعاية الصحية المكللة لرعايا فرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة.  
المعلومات تتضمن تشخيصاً لحالتي الحالية وتكلها بها، وتاريخ بدء الحالة، وأي تغير لمقدار الرعاية التي أحتاج إليها من الموظف الذي يطلب مخصصات الإجازة العائلية المدفوعة الأجر نتيجة لحالتي الحالية

توقيع التوقيع (شهر/يوم/سنة)

توقيع متنقي الرعاية

/ /

الممثل المفوض

الاسم بأحرف واضحة

أمثل أنا،

، متنقي الرعاية في هذا الشأن مفوضاً بموجب:

 حق الأبوة  التوكيل الرسمي (أرفق نسخة)  أمر المحكمة (أرفق نسخة)  توكيل الرعاية الصحية (أرفق نسخة)

توقيع الممثل المفوض

/ /

على الموظف الاحتفاظ بنسخة لسجلاته.

## تعليمات شهادة مقدم الرعاية الصحية المسئول عن رعاية فرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة (النموذج 4-PFL)

على الموظف الذي يطلب إجازة عائلية مدفوعة الأجر (PFL) لرعايا فرد من الأسرة يعاني حالة صحية خطيرة أن يقدم شهادة مقدم الرعاية الصحية لرعايا فرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة (النموذج 4-PFL) مرفقاً مع طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (النموذج 1-PFL).

الموظف:

- يدخل الموظف اسمه وتاريخ ميلاده والألقاب الأخرى، إن وجدت، مما أُنْبَأَ به في عمله، ورقم الضمان الاجتماعي أو رقم التعريف الضريبي (Taxpayer Identification Number, TIN)، والعنوان البريدي، واسم متنقلي الرعاية (المريض)، وتاريخ ميلاده في أعلى الصفحة 1.
- يدخل الموظف اسمه، واسم متنقلي الرعاية (المريض)، وتاريخي ميلاديهما في أعلى الصفحة 2.
- يعطي الموظف شهادة مقدم الرعاية الصحية المسئول عن رعاية فرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة (النموذج 4-PFL) لمقدم الرعاية الصحية.

شهادة مقدم الرعاية الصحية لرعايا فرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة (يكلمها مقدم الرعاية الصحية لتنقلي الرعاية (المريض) ويعيدها إلى الموظف المحدد أعلاه)

على مقدم الرعاية الصحية للمربي إكمال جميع المعلومات السارية المطلوبة ما لم يذكر أنها اختيارية.

السؤال 2: يوصى بذكر المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) الاختياري.

على مقدم الرعاية الصحية للمربي إكمال المعلومات في القسمين المخصصين للمربي وقدم الرعاية الصحية في شهادة مقدم الرعاية الصحية لرعايا فرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة (النموذج 4-PFL).

يوقع مقدم الرعاية الصحية النموذج ويورخه ثم يعيده إلى الموظف الذي يطلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر.

إذا اعتقدت أن المريض ضحية سوء المعاملة أو الإهمال الناجم عن الموظف الذي يطلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر، يمكنك رفض تقديم هذه الشهادة.

الموظف:

- عندما تلتقي شهادة مقدم الرعاية الصحية لرعايا فرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة (النموذج 4-PFL) مكتملةً من مقدم الرعاية الصحية، أرسل النماذج المكتملة والوثائق الداعمة إلى شركة التأمين.

اخطر بمقتضى قانون حماية الخصوصية الشخصية في نيويورك (البند 6-أ) من قانون موظفي القطاع العام) وقانون الخصوصية الفيدرالي لعام 1974 (5 USC 552a).

إن سلطة مجلس تعويض العمال (المجلس) التي تلزم الموظفين بتقديم معلومات شخصية، من بينها رقم الضمان الاجتماعي أو رقم التعريف الضريبي، مستمدة من السلطة الإدارية للمجلس بموجب المادة 142 من قانون تعويض العمال. وتُجمع هذه المعلومات لمساعدة المجلس في التحقق من صحة المطالبات وإدارتها بأسلوب ممكّن ولمساعدته في حفظ سجلات دقيقة. وفي خطوة اختيارية، يُقدم رقم الضمان الاجتماعي أو رقم التعريف الضريبي إلى المجلس. وسيحتمي المجلس سرية جميع المعلومات الشخصية التي تكون بحوزته، ولن يُكشف عنها إلا لأغراض تعزيز واجباته الرسمية ووفقاً لقانون الولاية والقانون الفيدرالي المعمول بها.

يُحظر المسح الضوئي

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، يرجى الاتصال بالرقم 337-6303 (844) [paidfamilyleave.ny.gov](http://paidfamilyleave.ny.gov)

تعليمات النموذج 4-PFL  
الصفحة 1 من 1



يكلمه الموظف

تاريخ ميلاد الموظف (شهر/يوم/سنة)

اسم الموظف (الاسم الأول، أول حرف من الاسم الأوسط، اسم العائلة)

/ /

تاريخ ميلاد متنقى الرعاية (المريض) (شهر/يوم/سنة)

اسم متنقى الرعاية (المريض) (الاسم الأول، الاسم الأول الأوسط، اسم العائلة)

/ /

شهادة مقدم الرعاية الصحية لرعاية فرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة (يكلمها مقدم الرعاية الصحية لمنتقى الرعاية (المريض) ويعيدها إلى الموظف المحدد أعلاه)  
تابع من الصفحة السابقة

تابع النموذج PFL-4 من الصفحة السابقة

9. نوع مقدم الرعاية الصحية:

طبيب أسنان (دكتور في جراحة الأسنان (DDS)/دكتور في طب الأسنان (DDM))  أخصائي اجتماعي مرخص (أخصائي اجتماعي مرخص حاصل على (LCSW)  
 ماجستير (LMSW)/أخصائي اجتماعي سريري مرخص (PA)  
 غير ذلك (يرجى التحديد)

طبيب (MD)  طبيب تقويم العظام (DO)  
 مساعد طبيب (PA)  ممرض ممارس (NP)  
 طبيب القدم (DPM)  أخصائي نفسي مرخص  
 طبيب تقويم العمود الفقري (DC)  طبيب تقويم العمود الفقري (DC)

10. العنوان البريدي لمقدم الرعاية الصحية

العنوان البريدي

الدولة (إن لم تكن الولايات المتحدة الأمريكية)

الرمز البريدي

المدينة، الولاية

11. رقم هاتف مقدم الرعاية الصحية (انذكر المنطقة أو رمز الدولة)

12. رقم فاكس مقدم الرعاية الصحية (انذكر رمز المنطقة أو الدولة)

13. عنوان البريد الإلكتروني لمقدم الرعاية الصحية (إن وجد)

14. الولاية أو الدولة (إن لم تكن الولايات المتحدة الأمريكية) التي ترخص لمقدمي الرعاية الصحية مزاولة المهنة فيها

15. التخصص

16. رقم رخصة مقدم الرعاية الصحية

الإقرار والتوفيق

أي شخص يقدم معدداً وبنية الاحتيال على أي شركة تأمين أو أي شخص آخر طلباً للحصول على تأمين أو بيان دعوى يحتوي على معلومات جوهرية زائفة، أو يخفى بعرض التضليل معلومات تتعلق بأي حقيقة جوهرية ذات صلة، فإنه يرتكب بذلك فعلًا تأمينياً انتهاكًا يعد جريمة، ويعرض صاحبه أيضًا لعقوبة مدنية لا تتجاوز خمسة آلاف دولار واليمة المعلنة للدعوى عن كل انتهك من هذا القبيل.  
بذلك توقيفي أن المعلومات التي قدمتها في هذا النموذج تستند إلى تقييمي المهني ضمن نطاق ممارستي المرخص به.

تاريخ التوقيع (شهر/يوم/سنة)

توقيع مقدم الرعاية الصحية

/ /