

ولاية نيويورك  
مجلس تعويض العمال

## طلب إعادة فتح المطالبة بعد مرور ما يزيد على سبع سنوات من التعرض للحادث.

ملاحظة: ينبغي تقديم هذا النموذج مباشرة إلى رئيس مجلس الإدارة ومجلس تعويض العمال، بالإضافة إلى تقرير الطبيب المعالج (النموذج C-27) إذا اقتضى الأمر، في مكتب المقاطعة حيث تم إغلاق ملف القضية. ينبغي إكمال البيانات الموجودة على الجانب الخلفي.

أجب عن جميع الأسئلة بالكامل - اطبع أو اكتب على نحو واضح

رقم القضية لدى مجلس تعويض العمال \_\_\_\_\_ تاريخ الحادث \_\_\_\_\_ رقم الضمان الاجتماعي \_\_\_\_\_  
لمقدم المطالبة \_\_\_\_\_

1. اسم الشخص المصاب \_\_\_\_\_ الجنس  ذكر  أنثى  غير ذلك تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_  
العنوان الحالي \_\_\_\_\_ الوحدة السكنية الرقم \_\_\_\_\_

2. صاحب العمل (في وقت التعرض للحادث) \_\_\_\_\_  
العنوان \_\_\_\_\_

3. متى كانت آخر مرة عملت فيها لدى صاحب العمل هذا؟ \_\_\_\_\_

4. اسم الطبيب المعالج الحالي \_\_\_\_\_  
العنوان \_\_\_\_\_

5. إذا توفي الموظف المصاب، يرجى ذكر تاريخ الوفاة \_\_\_\_\_

6. طبيعة الإصابة \_\_\_\_\_

7. اذكر الأسباب المحددة لرغبتك في إعادة فتح القضية \_\_\_\_\_

8. سجل العلاج الطبي منذ التعرض للحادثة (اذكر جميع الأطباء والمستشفيات):

| العنوان | المدة              | الطبيب أو المستشفى |
|---------|--------------------|--------------------|
| _____   | من _____ إلى _____ | _____              |
| _____   | من _____ إلى _____ | _____              |
| _____   | من _____ إلى _____ | _____              |

9. هل تم تزويدك بأي أجهزة أو معدات جراء إصابتك أو قُدم لك العلاج في وقت التعرض للحادثة؟ .....  نعم  لا  
(أ) إذا كانت إجابتك "نعم"، فمن قدمها لك وتحمل تكاليفها؟ \_\_\_\_\_

(ب) هل تم استبدال هذا الجهاز أو تصلحيه؟ .....  نعم  لا  
(ج) إذا كانت إجابتك "نعم"، فمن تولى ذلك ومتى؟ \_\_\_\_\_

10. هل قدم لك صاحب العمل أو شركة التأمين أي علاجات طبية أو جراحية أو رعاية في مستشفى خلال السنوات الـ 8 الماضية؟ .....  نعم  لا

11. هل قدم لك صاحب العمل أو شركة التأمين جهازاً أو معدة اصطناعية أو قام بإصلاحها خلال السنوات الـ 8 الماضية؟ .....  نعم  لا

12. هل قاضيت أي شخص بخلاف تقديم مطالبة بالتعويض نتيجة الحادث الذي تعرضت له؟ .....  نعم  لا  
إذا كانت إجابتك "نعم"، فقدم ما يلي:  
اسم المحامي وعنوانه \_\_\_\_\_  
تاريخ التسوية \_\_\_\_\_ مبلغ التسوية: المبلغ بالدولار الأمريكي \_\_\_\_\_  
قدم نسخة من أوراق التسوية، حال توافرها.

(أكمل البيانات الموجودة على الجانب الخلفي)

13. هل تم دفع أي تعويضات لك خلال السنوات الـ 8 الماضية؟ .....  نعم  لا  
إذا كانت إجابتك "نعم"، فقدم المعلومات التالية:  
(أ) متى كانت آخر دفعة؟  
(ب) من دفع لك؟  
(ج) هل تم تكليفك بمهام تتطلب جهدًا أقل؟ .....  نعم  لا  
(د) إذا أُجبت بنعم عن (ج)، فهل تلقيت استحقاقات مقابل الإيرادات المخفضة؟ .....  نعم  لا
14. هل تعرضت لأي إصابة أخرى منذ غلق ملف قضيتك؟ .....  نعم  لا  
إذا كانت إجابتك "نعم"، فاذكر ما يلي:  
(أ) طبيعة هذه الإصابة  
(ب) تاريخ الحادث  
(ج) اسم صاحب العمل  
(د) رقم ملف القضية لدى مجلس تعويض العمال  
(هـ) تاريخ آخر جلسة استماع
15. هل تعمل في الوقت الحالي؟ .....  نعم  لا  
إذا كنت لا تعمل في الوقت الحالي، فهل أنت متقاعد؟ .....  نعم  لا  
إذا كنت تعمل في الوقت الحالي، فقدم المعلومات التالية:  
(أ) اسم صاحب العمل الأخير  
العنوان  
رقم تسجيل التأمين ضد البطالة لصاحب العمل بولاية نيويورك (إذا كان معروفًا)  
(ب) متى بدأت مدة الإعاقة الحالية؟  
(ج) حدد أول تاريخ وآخر تاريخ عملت فيهما في الوظيفة قبل الإعاقة الحالية مباشرة:  
أول يوم عمل \_\_\_\_\_ آخر يوم عمل \_\_\_\_\_  
(د) هل تتلقى مخصصات الإعاقة عن فترة إعاقتك الحالية؟ .....  نعم  لا  
إذا كانت إجابتك "نعم"، فممن تتلقى هذه المخصصات؟ \_\_\_\_\_

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

توقيع مقدم المطالبة \_\_\_\_\_ رقم الهاتف \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_  
عنوان البريد \_\_\_\_\_

#### مهم

ينبغي الحصول على تصريح من رئيس مجلس الإدارة ومجلس تعويض العمال قبل تلقي العلاجات أو المستلزمات الطبية. وإلا فسيتحمل مقدم المطالبة المسؤولية عن العلاجات أو المستلزمات الطبية المذكورة.

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

تستمد سلطة مجلس تعويض العمال (المجلس) بشأن طلب تقديم المطالبين لمعلومات شخصية، وهي تشمل رقم الضمان الاجتماعي الخاص بهم، من السلطة التحقيقية التي يتمتع بها المجلس بموجب قانون تعويض العمال (WCL) القسم 20 §، وسلطته الإدارية بموجب قانون تعويض العمال القسم 142 §. تُجمع هذه المعلومات لمساعدة المجلس في التحقيق في المطالبات وإدارتها بأسرع طريقة ممكنة ولمساعدته في الاحتفاظ بسجلات مطالبات دقيقة. تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك إلى المجلس أمر اختياري. لا تُفرض عقوبة على عدم تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك في هذا النموذج؛ لن يفرض ذلك إلى رفض مطالبتك أو تقليل المخصصات. سيتولى المجلس حماية سرية جميع المعلومات الشخصية التي بحوزته، ولا يفصح عنها إلا لتعزيز واجباته الرسمية ووفقًا لقانون الولاية والقانون الفيدرالي المعمول بهما

IF YOU HAVE QUESTIONS OR NEED ADVICE ABOUT YOUR CLAIM, YOU MAY CALL OR VISIT THE NEAREST OFFICE OF THE  
.WORKERS' COMPENSATION BOARD  
إذا كانت لديك أي أسئلة أو كنت بحاجة إلى مشورة بشأن مطالبتك، يمكنك الاتصال بأقرب مكتب لمجلس تعويض العمال أو زيارته.