

اقرأ التعليمات الواردة في الصفحة الثانية بعناية لتجنب أي تأخير في الرد. يجب عليك الإجابة عن جميع الأسئلة في الجزء (أ) والأسئلة من 1 إلى 3 في الجزء (ب). ويجب على مقدم الرعاية الصحية إكمال الجزء (ب) في الصفحة الثانية.

الجزء (أ) - بيانات مقدم المطالبة (يرجى إدخالها مطبوعة أو كتابتها يدويًا)

1. اسم العائلة: \_\_\_\_\_ الاسم الأول: \_\_\_\_\_ الاسم الأوسط: \_\_\_\_\_
2. العنوان البريدي (الشارع، رقم الشقة): \_\_\_\_\_ المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_
3. رقم الهاتف المتاح نهارًا: \_\_\_\_\_ البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_
4. رقم الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 5. تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 6. الجنس:  ذكر  أنثى  غير ذلك
7. وصف حالة الإعاقة (إذا كانت إصابة، فاذكر أيضًا كيف ومتى وأين حدثت): \_\_\_\_\_

8. التاريخ الذي أصبحت فيه معاقًا: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ هل كنت تعمل في ذلك اليوم؟:  نعم  لا هل تعافيت من هذه الإعاقة؟:  نعم  لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فاذكر التاريخ الذي تمكنت فيه من العودة إلى العمل: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ هل عملت منذ ذلك الحين مقابل أجر أو ربح؟:  نعم  لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فاذكر التواريخ: \_\_\_\_\_
9. اسم آخر صاحب عمل قبل حدوث الإعاقة. إذا كنت عملت مع أكثر من صاحب عمل خلال الأسابيع الثمانية (8) الماضية، فاذكر أسماء جميع أصحاب العمل. يتم حساب متوسط الأجر الأسبوعي بناء على جميع الأجور التي تقاضيها في آخر ثمانية (8) أسابيع عمل.

متوسط الأجر الأسبوعي (شاملة للعلوات والإكراميات والممولات والقيمة المعقولة المحددة من مجلس الأجور والإيجار وما إلى ذلك)	فترة العمل		اسم آخر صاحب عمل قبل حدوث الإعاقة		
	آخر يوم عمل	اليوم الأول	رقم الهاتف	العنوان	الشركة أو الاسم التجاري
	الشهر	اليوم	الشهر	اليوم	السنة
متوسط الأجر الأسبوعي (شاملة للعلوات والإكراميات والممولات والقيمة المعقولة المحددة من مجلس الأجور والإيجار وما إلى ذلك)	فترة العمل:		اسم صاحب عمل آخر (خلال الأسابيع الثمانية الماضية)		
	آخر يوم عمل	اليوم الأول	رقم الهاتف	العنوان	الشركة أو الاسم التجاري
	الشهر	اليوم	الشهر	اليوم	السنة
	الشهر	اليوم	الشهر	اليوم	السنة

10. وظيفتي هي أو كانت: \_\_\_\_\_ 11. عضو نقابي:  نعم  لا إذا كانت الإجابة "نعم": \_\_\_\_\_

اسم النقابة أو الرقم المحلي

12. هل كنت تطالب بإعانات بطالة أو حصلت عليها قبل هذه الإعاقة؟  نعم  لا إذا لم تكن تطالب بإعانات التأمين ضد البطالة أو إذا طالبت بها ولكن لم تحصل عليها بعد آخر يوم عمل، فوضح الأسباب بشكل واف: \_\_\_\_\_ إذا كنت قد تلقيت إعانات البطالة، فاذكر جميع الفترات التي تقاضيها فيها: \_\_\_\_\_

13. بالنسبة لفترة الإعاقة التي تغطيها هذه المطالبة:
  - أ. هل تحصل على أجر أو راتب أو مدفوعات إنهاء الخدمة؟  نعم  لا
  - ب. هل تتلقى أو تطالب بما يلي:
    1. مخصصات البطالة؟  نعم  لا
    2. إجازة عائلية مدفوعة الأجر؟  نعم  لا
    3. تعويضات العمال عن عجز بسبب إصابة عمل؟  نعم  لا
    4. حادث مروري وقع قضاء وقدرًا؟  نعم  لا أو إصابة شخصية تسبب فيها طرف آخر؟  نعم  لا
    5. هل تحصل على إعانات الإعاقة طويلة الأجل بموجب قانون الضمان الاجتماعي الفيدرالي لهذه الإعاقة؟  نعم  لا

إذا اخترت "نعم" في أي سؤال وارد بالجزء 13، فأكمل ما يلي:

- أنا:  تلقيت  طالبت من \_\_\_\_\_ عن الفترة من: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ إلى: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
14. في السنة (أو 52 أسبوعًا) التي سبقت حدوث إعاقتك، هل تلقيت إعانات الإعاقة لفترات إعاقة أخرى؟  نعم  لا إذا كانت الإجابة نعم، فما الجهة التي كانت تدفعها: \_\_\_\_\_ من: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ إلى: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
15. في السنة (أو 52 أسبوعًا) التي سبقت حدوث إعاقتك، هل حصلت على إجازة عائلية مدفوعة الأجر؟  نعم  لا إذا كانت الإجابة نعم، فما الجهة التي كانت تدفعها: \_\_\_\_\_ من: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ إلى: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
16. إذا أصبحت معاقًا أثناء شغلك لوظيفة أو في غضون أربعة أسابيع من آخر يوم عمل لك فيها، فهل قدم صاحب العمل لك حقوقك بموجب قانون الإعاقة في غضون 5 أيام من إخطارك أو طلب نماذج الإعاقة؟  نعم  لا

أطلب بموجب هذا النموذج بالحصول على إعانات الإعاقة، وأقر بأنني كنت أعاني من إعاقة خلال الفترة التي تغطيها هذه المطالبة. لقد قرأت التعليمات الواردة في الصفحة الثانية من هذا النموذج وأن البيانات السابقة، ومن بينها أي أقوال داعمة لها، صحيحة وكاملة على حد علمي.

التاريخ

توقيع مقدم المطالبة

لا يجوز لأي شخص التوقيع نيابة عن مقدم المطالبة إلا إذا كان مفوضًا قانونًا للتوقيع بذلك وكان مقدم المطالبة قاصرًا أو غير مؤهل عقليًا أو عاجزًا. إذا وقع على هذا النموذج أي شخص غير مقدم المطالبة، فاكتب المعلومات الواردة أدناه بخط واضح وأكمل النموذج OC-110A وأرسله "تفويض من مقدم المطالبة بالكشف عن سجلات تعويض العمال"

العلاقة بمقدم المطالبة

العنوان

بالنيابة عن مقدم المطالبة

## الجزء (ب) - بيان مقدم الرعاية الصحية (يرجى إدخالها مطبوعة أو كتابتها يدويًا)

يجب ملء بيان مقدم الرعاية الصحية بالكامل. يجب أن يكمل مقدم الرعاية الصحية المقيم هذا النموذج ويعيده إلى مقدم المطالبة خلال سبعة (7) أيام من استلام هذا النموذج. بالنسبة للبند 7-د، يجب عليك ذكر التاريخ التقديري. إذا كانت الإعاقة بسبب الحمل أو ذات صلة به، فاكتمل التاريخ المتوقع في البند 7-هـ، فقد يؤدي تقديم إجابات غير كاملة إلى تأخير دفع الإعانات.

1. اسم العائلة: \_\_\_\_\_ الاسم الأول: \_\_\_\_\_ الاسم الأوسط: \_\_\_\_\_
2. الجنس:  ذكر  أنثى  غير ذلك 3. تاريخ الميلاد: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
4. التشخيص/التحليل: \_\_\_\_\_ كود التشخيص: \_\_\_\_\_
- أ. أعراض مقدم المطالبة: \_\_\_\_\_
- ب. النتائج الموضوعية: \_\_\_\_\_
5. هل تم حجز مقدم المطالبة في المستشفى؟:  نعم  لا من: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ إلى: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
6. هل تم تحديد إجراء عملية؟:  نعم  لا أ. النوع \_\_\_\_\_ ب. التاريخ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

السنة	اليوم	الشهر	7. أدخل التواريخ الخاصة بما يلي
			أ. تاريخ أول علاج تلقته لهذه الإعاقة
			ب. تاريخ آخر علاج تلقته لهذه الإعاقة
			ج. التاريخ الذي أصبح فيه مقدم المطالبة غير قادر على العمل بسبب هذه الإعاقة
			د. التاريخ الذي سيصبح مقدم المطالبة فيه قادرًا على أداء العمل (حتى في حالة وجود مشكلة كبيرة، فاكتمل التاريخ التقديري. تجنب استخدام كلمات مثل غير معروف أو غير محدد.)
			هـ. إذا كان ذلك متعلقًا بالحمل، يرجى وضع علامة في المربع وكتابة تاريخ <input type="checkbox"/> الولادة المتوقع أو <input type="checkbox"/> تاريخ الولادة الفعلي

8. هل تعتقد أن هذه الإعاقة ناتجة عن إصابة تسبب بها العمل أو حدثت خلال مدة شغل الوظيفة أو مرض مهني؟:

نعم  لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فهل قُدِّم النموذج C-4 إلى مجلس تعويض العمال؟  نعم  لا

أقر بأنني:

رقم الترخيص	مرخص(ة) أو معتمد(ة) في ولاية	(طبيب، مقوم عظام، طبيب أسنان، طبيب أقدم، اختصاصي نفسي، ممرضة قابلة)
التاريخ	توقيع مقدم الرعاية الصحية	اسم مقدم الرعاية الصحية بخط واضح
رقم الهاتف:	عنوان مقدم الرعاية الصحية	

### إشعار مهم لمقدم المطالبة - اقرأ هذه التعليمات بعناية

يرجى العلم بأنه: لا تذكر تاريخًا في هذا النموذج ولا تقدمه قبل أول تاريخ لإعاقتك. لكي تضمن الرد على مطالبتك، يجب إكمال الجزأين "أ" و"ب".

1. إذا كنت تستخدم هذا النموذج لأنك أصبحت معاقًا أثناء شغلك لوظيفة أو أصبحت معاقًا في غضون أربعة (4) أسابيع بعد انتهاء خدمتك في الوظيفة، يجب إرسال مطالبتك الكاملة بالبريد في غضون ثلاثين (30) يومًا من أول تاريخ لإعاقتك إلى صاحب العمل أو لآخر شركة تأمين تابعة لصاحب العمل. يمكنك أن تعرف آخر شركة تأمين تابعة لصاحب العمل الذي كنت تعمل لديه على موقع الويب الخاص بمجلس تعويض العمال، [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov)، باستخدام خاصية البحث عن تغطية صاحب العمل.

2. إذا كنت تستخدم هذا النموذج لأنك أصبحت معاقًا بعد أن كنت عاطلًا عن العمل لأكثر من أربعة (4) أسابيع، يجب إرسال مطالبتك الكاملة بالبريد إلى: مجلس تعويض العمال (Workers' Compensation Board)، مكتب إعانات الإعاقة (Disability Benefits Bureau)، PO Box 9029, Endicott, NY 137619029، إذا كانت إجابتك "نعم" على النقطة (ب) 3 من السؤال رقم 13، يرجى إكمال النموذج DB-450.1 وإرفاقه.

إذا لم تتلق ردًا في غضون 45 يومًا أو كانت لديك أسئلة حول مطالبتك بمخصصات الإعاقة، يرجى الاتصال بشركة التأمين التابعة لصاحب العمل الخاص بك. لمعرفة معلومات عامة حول مخصصات الإعاقة، يرجى زيارة [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov) أو الاتصال بمكتب إعانات التابع لمجلس تعويض العمال على الرقم: (877) 632-4996.

إخطار بمقتضى قانون حماية الخصوصية الشخصية في نيويورك (المادة (6-A) من قانون الموظفين العموميين) وقانون الخصوصية الفيدرالي لعام 1974 (5 USC § 552a). إن سلطة مجلس تعويض العمال (المجلس) تطلب من مقدمي المطالبات تقديم بيانات شخصية، من بينها رقم الضمان الاجتماعي الخاص بهم، مستمدة من سلطة التحقيق الممنوحة للمجلس بموجب الباب رقم 20 من قانون تعويض العمال، وسلطته الإدارية بموجب الباب رقم 142 من القانون نفسه. وتُجمع هذه المعلومات لمساعدة المجلس في التحقق من صحة المطالبات وإدارتها بأفضل طريقة ممكنة وللمساعدة في حفظ سجلات دقيقة عن المطالبات. يُعد تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك إلى المجلس أمرًا اختياريًا، ولا توجد عقوبة مفروضة على عدم تقديم رقم الضمان الاجتماعي في هذا النموذج؛ ولن يؤدي ذلك إلى رفض مطالبتك أو خفض الإعانات. سيحمي المجلس سرية جميع البيانات الشخصية التي تكون بحوزته، ولن يكشف عنها إلا لأغراض تعزيز واجباته الرسمية ووفقًا لقانون الولاية والقانون الفيدرالي المعمول به.

إشعار قانون التأمين الصحي لإمكانية النقل والمحاسبة - من أجل البت في مطالبة تعويض العمال أو مطالبة لإعانات الإعاقة، تُلزم المادة (a)(4)(a) من قانون تعويض العمال والباب 1.3-325 NYCRR من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك مقدمي الرعاية الصحية بتقديم تقارير طبية بانتظام عن العلاج إلى المجلس وشركة التأمين أو صاحب العمل. وفقًا للباب 164.512 CFR 45 من قانون اللوائح الفيدرالية، فإن هذه التقارير الطبية المطلوبة قانونًا مستثناة من قيود قانون التأمين الصحي لإمكانية النقل والمحاسبة المفروضة على الإفصاح عن المعلومات الصحية.

الإفصاح عن المعلومات: لن يكشف مجلس تعويض العمال عن أي معلومات تخص حالتك لأي طرف غير مصرح له دون الحصول على موافقتك. إذا اخترت الكشف عن معلومات كإحدى لطرف غير مصرح له، يجب عليك تقديم النموذج OC-110A الأصلي الموقع إلى المجلس "تفويض من مقدم المطالبة بالكشف عن سجلات تعويض العمال". هذا النموذج متاح على موقع ويب مجلس تعويض العمال ([www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov)) ويمكن الوصول إليه من خلال النقر على رابط "Forms" (النماذج). إذا لم يكن لديك وصول إلى الإنترنت، يرجى الاتصال بالرقم (877) 632-4996 أو زيارة أقرب مركز لخدمة العملاء تابع لنا للحصول على نسخة من النموذج. وبدلاً من النموذج OC-110A، يمكنك أيضًا تقديم خطاب تفويض أصلي موقع وموثق.

إن أي صاحب عمل أو شركة تأمين أو موظف أو وكيل أو شخص يتصرف بالنيابة عن صاحب العمل أو شركة التأمين، يدلي بأقوال أو إقرار كاذب يتعلق بحقيقة جوهرية في سياق الإبلاغ أو التحقيق أو تعديل مطالبة لأي إعانات أو مدفوعات بموجب هذا الفصل لغرض تجنب تقديم إعانات أو مدفوعات كإحدى مدعيات باركتاب جريمة ويخضع لغرامات كبيرة ويعرض نفسه للسجن.