

نموذج طلب نسخ للحالة



Workers'
Compensation
Board

تنظّم المادة 110-a من قانون تعويضات العمال في ولاية نيويورك (WCL) الوصول إلى السجلات التي تحتوي على معلومات تعريفية فردية للمُطالب. وللحصول على نسخ للحالة، يجب على مقدم الطلب إثبات صفة بأنه طرف ذو مصلحة في المطالبة أو تقديم تفويض مناسب يتوافق مع أحكام المادة (3) 110-a من قانون تعويضات العمال (WCL). النموذج المعتمد من المجلس هو OC-110A (<https://www.wcb.ny.gov/content/main/forms/oc110a.pdf>). يجب تعبئة النموذج بالكامل، مع كتابة "n/a" (لا ينطبق) في أي خانة لا تنطبق عليك. لن تتم معالجة النماذج غير المكتملة.

يجب أن تحتوي السجلات على تفويض متوافق مع أحكام المادة (3) 110-a من قانون تعويضات العمال (WCL)، ما لم يكن مقدم الطلب طرفاً ذا مصلحة مباشرة.

يُحظر تمامًا على أي طرف ذي مصلحة أو أي طرف مصرّح له بالوصول إلى السجلات، بموجب تفويض متوافق مع أحكام المادة (3) 110-a من قانون تعويضات العمال (WCL)، أن يطلب الإفصاح عن السجلات إلى طرف ثالث، دون الحصول على تفويض مناسب.

معلومات عن مقدم الطلب:

اسم مقدم الطلب/ اسم النشاط التجاري:	
العنوان البريدي لمقدم الطلب:	
عنوان البريد الإلكتروني لمقدم الطلب:	
دور مقدم الطلب: المدعي/ صاحب العمل/ مقدم الخدمات الطبية، وما إلى ذلك.	
إذا كان مقدم الطلب ممثل المُطالب، فيرجى إدراج رقم التفويض	

*بالنسبة إلى مقدمي الطلبات الذين مُنحوا حق الوصول، بموجب نموذج OC-110A، إذا لم يكن عنوان البريد الإلكتروني الوارد في هذا النموذج مطابقاً لذلك المدرج في نموذج OC-110A، أو لنطاق بريد إلكتروني مهني خاص يتميز به الطرف المصرّح له؛ فيتم إرسال السجلات إلى عنوان البريد الإلكتروني الوارد في نموذج OC-110A.

حالة OC-110A:

- نموذج OC-110A موجود بالفعل في ملف الحالة. رقم المستند أو تاريخ التقديم، إذا كان معروفاً _____
- تم تقديم نموذج OC-110A مع هذا المستند.
- نموذج OC-110A غير مطلوب لأن مقدم الطلب طرف ذو مصلحة.
- تم تقديم تفويض أصلي آخر (مُوَقَّع بالحبير) ومُصدَّق عليه لدى كاتب العدل، ومتوافق مع أحكام المادة (3) 110-a من قانون تعويضات العمال (WCL).
- رقم المستند أو تاريخ التقديم، إذا كان معروفاً: _____

السجلات المطلوبة:

يجب توضيح السجلات المطلوبة جيداً لتمكين موظفي المجلس من تحديد السجلات المطلوبة.

اسم المُدعي	
رقم الحالة لدى مجلس تعويضات العمال (WCB) و/ أو تاريخ الإصابة (مطلوب)	
رقم الضمان الاجتماعي (Social Security, SS) للمُطالب (آخر أربعة أرقام)	رقم الحالة لدى شركة التأمين:
صاحب العمل	

أنواع المستندات:	تواريخ السجلات المطلوبة:
<input type="checkbox"/> جميع المستندات	
<input type="checkbox"/> التقارير الطبية	
<input type="checkbox"/> تقارير الفحص الطبي المستقل (Independent Medical Examination, IME)	
<input type="checkbox"/> القرارات	
<input type="checkbox"/> تقارير الحوادث	
<input type="checkbox"/> غير ذلك (يُرجى التحديد)	



عملية التحقق:

يجب التحقق من جميع مقدمي الطلبات، بما في ذلك الأطراف ذوو المصلحة وغيرهم ممن يتطلبون تفويضًا وفقًا لأحكام المادة (3) 110-a من قانون تعويضات العمال (WCL)، من خلال تقديم معرفات كافية. يمكن التحقق من معظم مقدمي الطلبات من خلال تقديم المعلومات المطلوبة في كلا قسمي "معلومات عن مقدم الطلب" و"السجلات المطلوبة" في هذا النموذج. راجع قسم "الغرض من هذا النموذج" للحصول على قائمة كاملة بالمعريفات المطلوبة لكل نوع من الأطراف ذوي المصلحة (Parties of Interest, POI). قد يؤدي عدم استيفاء معلومات التحقق بالكامل إلى رفض طلبك أو تأخيرها.

يمكن للمدعين تقديم معلومات إضافية من ملف الحالة الخاص بهم، بما يشمل:

رقم الهاتف	تاريخ الميلاد
موقع الإصابة (الجزء المصاب من الجسم):	
مكان وقوع الحادث (المدينة/ المقاطعة)	
اسم شركة التأمين:	
اسم الطبيب المعالج أو المستشفى	
اسم محامي المطالب	
تاريخ آخر قرار	تاريخ آخر جلسة استماع/ اجتماع
نتائج الحالة (متوسط الأجر الأسبوعي (AWW)، ومعدل التعويض، والحادث والإشعار والعلاقة السببية (ANCR)/ الأمراض المهنية والإشعار والعلاقة السببية (ODNCR):	

أقر، بصفتي مقدم الطلب، أنني أطلب هذه السجلات لغرض مشروع بموجب المادة 110-a من قانون تعويضات العمال (WCL)، وأني لا أطلب هذه السجلات لتقييم اللياقة أو القدرة على العمل (يُرجى الاطلاع على المادتين (3) 110-a و125 من قانون تعويضات العمال (WCL))، وأني لن أعيد الإفصاح عن هذه السجلات بصورة غير قانونية (يُرجى الاطلاع على المادة [4] 110-a).

التاريخ

التوقيع

تقديم هذا النموذج:

التحميل عبر الويب	البريد العادي	البريد الإلكتروني
https://wcbdoc.services.conduent.com/	NYS Workers' Compensation Board Centralized Mailing Address PO Box 5205 Binghamton, NY 13902-5205	wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov

الغرض من هذا النموذج

يُستخدم هذا النموذج لطلب نُسخ من السجلات الخاصة بمطالبة محددة (أو عدة مطالبات محددة) لدى مجلس تعويضات العمال في ولاية نيويورك. يجب التحقق من مقدمي الطلبات على النحو التالي:

يجب على مقدمي الطلبات المفوضين بموجب نموذج OC-110A، أو بموجب خطاب تفويض موثَّق لدى كاتب العدل ومتوافق مع المادة (3) 110-a من قانون تعويضات العمال (WCL)، تقديم:

البند الإلزامي	أي بندين من البنود التالية
رقم WCB	اسم الشخص المفوض عنوان الشخص المفوض اسم صاحب العمل تاريخ الإصابة آخر أربعة أرقام من الضمان الاجتماعي للمُدعي:

يجب على المُدعي تقديم معرفين أساسيين اثنين أو تقديم معرف أساسي واحد وثلاثة معرفات ثانوية من الأفضل تقديم أكبر عدد ممكن من المعرفات لضمان تطابق المعلومات التي تقدمها مع المعلومات المستخدمة عند إنشاء ملف حالتك.

المعرفات الأساسية	المعرفات الثانوية
رقم WCB آخر 4 أرقام من رقم الضمان الاجتماعي رقم الحالة لدى شركة التأمين	اسم صاحب العمل تاريخ الحادث تاريخ الميلاد موقع الإصابة (الجزء من الجسم) العنوان الحالي أو السابق رقم الهاتف الحالي اسم شركة التأمين موقع الحادث اسم الطبيب المعالج أو المستشفى اسم المحامي موقع (مكان) جلسة الاستماع تاريخ آخر جلسة استماع/ اجتماع تاريخ آخر قرار نتائج الحالة

*يتم التحقق من المستفيدين، أو الأشخاص المسؤولين عن مُدع قاصر، باستخدام نفس معايير التحقق الخاصة بالمُطالب.

يجب على أصحاب العمل، وشركات التأمين/ الجهات الإدارية الخارجية (Third-Party Administrators, TPA)، ومحاموهم، ومحامو المُدعي تقديم ما يلي:

البند الإلزامي
رقم WCB تاريخ الإصابة رقم الحالة لدى شركة التأمين (إذا كان معروفًا، يتم تقديم آخر 4 أرقام من رقم الضمان الاجتماعي للمُدعي)
يجوز للمحامين أيضًا تقديم رقم التفويض أو تاريخ التوكيل.

يجب أن يكون لدى مقدمي الخدمات الطبية المعالجين نموذج C-4 / تقرير طبي واحد على الأقل، أو نموذج C-4 AUTH ضمن ملف الحالة (أو سجل الحالة).

البند الإلزامي	أي بندين من البنود التالية
رقم WCB	تاريخ الإصابة رقم الحالة لدى شركة التأمين آخر 4 أرقام من رقم الضمان الاجتماعي للمُطالب معلومات أخرى من نموذج C-4 (تاريخ الميلاد، أو ما إلى ذلك)

ملاحظة: لا يُمنح الأطباء الفاحصون المستقلون وصولًا مباشرًا، ويجب عليهم الرجوع إلى الجهة المُتعاقد معها للحصول على الخدمات.

ملاحظة: ما لم يُنص على خلاف ذلك، فعند منح كيان تجاري حق الوصول؛ يُمنح جميع الموظفين العاملين لدى ذلك الكيان حق الوصول أيضًا. ولا يتحمل المجلس أي مسؤولية عن أي تغييرات يجريها مقدم الطلب في الموظفين أو معلومات الاتصال.

يُحظر تمامًا على أي طرف ذي مصلحة أو أي طرف مصرّح له بالوصول إلى السجلات، بموجب تفويض متوافق مع أحكام المادة (3) 110-a من قانون تعويضات العمال (WCL)، أن يطلب الإفصاح عن السجلات إلى طرف ثالث، دون الحصول على تفويض مناسب. ووفقًا للمادة (3) 110-a من قانون تعويضات العمال، يجب أن يُقدّم الطلب مباشرة من الشخص أو الكيان الذي مُنح حق الوصول.

يجب على الأطراف الثالثة تقديم تفويض يتوافق مع أحكام المادة 110-a من قانون تعويضات العمال، مثل النموذج الحالي OC-110A. ويجب مراعاة أن "الشخص" الذي يُفصح له عن محتوى السجل قد يكون كيانًا تجاريًا، ولكن **التفويض لا يمتد ليشمل** وكلاء مستقلين تابعين لذلك الكيان التجاري، مثل خدمات جمع السجلات أو نسخها. **ويجب تفويض الوكلاء تحديدًا (ويمكن القيام بذلك في نموذج التفويض نفسه)**. يجب أن يكون عنوان البريد الإلكتروني المحدد لاستلام السجلات هو نفسه المدرج في التفويض أو مرتبطًا به بوضوح من خلال نطاق بريد إلكتروني مهني خاص بالطرف المفوض.

قانون تعويضات العمال، من المادة (3) 110-a إلى المادة (6) 110-a:

التفويض الفردي. على الرغم من القيود المفروضة على الإفصاح المنصوص عليها في الفقرة الفرعية الأولى من هذه المادة، يجوز للشخص الذي يكون محل أحد سجلات تعويضات العمال أن يأذن بالإفصاح عن سجله أو إعادة الإفصاح عنه أو نشره لشخص محدد غير مخوّل أصلاً بالحصول على هذا السجل، عن طريق تقديم تفويض كتابي بالإفصاح إلى المجلس، باستخدام نموذج يحدده الرئيس، أو بتقديم تفويض أصلي موثّق لدى كاتب العدل يوجّه المجلس صراحةً بالإفصاح عن سجلات تعويضات العمال لذلك الشخص. ومع ذلك، ووفقًا للبند مائة وخمسة وعشرين من هذه المادة، لا يسري أي تفويض يوجّه بالإفصاح عن السجلات إلى صاحب عمل محتمل، ولا يسري أي تفويض يجيز الإفصاح عن السجلات لتقييم اللياقة أو القدرة على العمل، ولا يجوز إجراء أي إفصاح عن السجلات استنادًا إليه. ومن غير القانوني لأي شخص أن يأخذ بعين الاعتبار، لغرض تقييم الأهلية للحصول على منفعة، أو كأساس يستند إليه لاتخاذ إجراء متعلق بالتوظيف، الامتناع عن تقديم تفويض بموجب هذه الفقرة الفرعية.

ومن غير القانوني لأي شخص، حصل على نُسخ من سجلات المجلس أو على معلومات قابلة لتحديد هوية الأفراد من سجلات المجلس، أن يفصح عن تلك المعلومات لأي شخص غير مفوض قانونًا بالحصول على هذه السجلات.

وبالنسبة إلى أي شخص يحصل عمدًا ويعلمه على سجلات تعويضات العمال، التي تتضمن معلومات قابلة لتحديد هوية الأفراد، عن طريق ادعاءات كاذبة أو بما ينتهك أحكام هذه المادة بأي صورة أخرى، فإنه يعد مرتكبًا لجنحة من الدرجة (الأولى)، ويخضع عند إدانته لغرامة لا تتجاوز ألف دولار.

وبالإضافة إلى أي إجراء جنائي منطبق بموجب هذا البند، إذا حدث أي انتهاك لأحكام هذا البند؛ يجوز للمدعي العام، باسم سكان ولاية نيويورك، أن يتقدم بطلب إلى محكمة أو قاضٍ مختص، باتخاذ إجراءات خاصة لإصدار أمر قضائي بالمنع، بعد إخطار المدعى عليه بمدة لا تقل عن خمسة أيام، لمنع وحظر استمرار مثل هذه الانتهاكات. وإذا تبين للمحكمة أو القاضي بما يرضيهما أن المدعى عليه قد خالف بالفعل أحكام هذا البند؛ فإنه يجوز إصدار أمر قضائي بمنعه وتقييده عن إجراء أي مخالفة أخرى لاحقًا، مع عدم اشتراط إثبات أن أي شخص قد لحق به ضرر أو خسارة نتيجة للانتهاك. وعند اتخاذ أي إجراء مماثل، يجوز للمحكمة أن تقرر منح مخصصات للمدعي العام وفقًا لما ورد في الفقرة السادسة من البند الفرعي (أ) من البند ثمانية آلاف وثلاثمائة وثلاثة من قانون المرافعات والقواعد المدنية، وأن تأمر بالرد المباشر. وإذا تبين لعدالة المحكمة وقوع مخالفة لهذا البند؛ يجوز للمحكمة أن تفرض عقوبة مدنية لا تتجاوز خمسمائة دولار عن المخالفة الأولى، وألف دولار عن المخالفة الثانية أو أي مخالفة لاحقة خلال فترة ثلاث سنوات. وفيما يتعلق بأي طلب مقترح في هذا السياق، يُفوض المدعي العام بجمع الأدلة وإثبات الوقائع ذات الصلة، وإصدار أوامر الاستدعاء وفقًا لقانون المرافعات والقواعد المدنية.

الاختصارات:

المجلس	مجلس تعويضات العمال بولاية نيويورك
DB	إعانات الإعاقة
ITIN	رقم تعريف دافع الضرائب الفردي
PFL	الإجازة العائلية مدفوعة الأجر
SSN	رقم الضمان الاجتماعي
WC	تعويضات العمال