

### استحقاقات الوفاة لتعويض العمال

1. يقدم القانون ما يصل إلى 12500 دولار أمريكي لنفقات الجنازات بالولايات الجنوبية، و10500 دولار أمريكي في الولايات الشمالية، اعتماداً على المقاطعة التي يتم تكبد النفقات فيها.
2. كذلك يقدم القانون استحقاقات أسبوعية تصل إلى مبلغ أقصى، استناداً إلى تاريخ الحادثة، للأشخاص التاليين: (أ) الزوج القانوني الوريث حتى يتزوج الزوج مرة أخرى، و(ب) أطفال المتوفى الذين تصل أعمارهم إلى 18 سنة (سن 23 إذا كانوا مسجلين بمؤسسة تعليمية معتمدة كطلاب بدوام كامل)، و(ج) أي أطفال معالين من أي عمر يكونون مكفولين تماماً أو يعانون من إعاقة كلية ودائمة.
3. إذا لم يكن هناك زوج قانوني وريث أو أطفال معالون، فإن القانون يقدم استحقاقات أسبوعية للأحفاد أو الأشقاء الذين تقل أعمارهم عن 18 سنة ممن كانوا يعولون على المتوفى في الحصول على إعالة؛ أو للوالدين أو الأجداد الذين كانوا يعولون على المتوفى في الحصول على إعالة في وقت وفاته.
4. إذا لم يكن هناك أفراد مستحقون لاستحقاقات الوفاة الأسبوعية، فقد يتم دفع 50000 دولار أمريكي لوادي المتوفى، أو تجاه تركة المتوفى إذا كان والدا المتوفى متوفين.
5. إذا تلتقيت أموالاً نتيجةً لدعوى قتل خطأ، فإن القانون يسمح لشركة التأمين بالحصول على رهن أو ائتمان مقابل تلك الأموال. قد تؤثر حقوق شركة التأمين في الرهن والائتمان في قدرتك على تلقي استحقاقات تعويض العمال حتى استنفاد الرهن و/أو الائتمان. من المهم إبلاغ شركة التأمين بحالة دعوى القتل الخطأ، والحصول على موافقتها قبل التسوية.

### كيفية ملء هذا الإقرار الكتابي المشفوع بيمين الخاص باستحقاقات الوفاة لتعويض العمال

1. يجب على الشخص الذي يسعى للحصول على استحقاقات الوفاة لتعويض العمال ملء هذا الإقرار الكتابي المشفوع بيمين. **يجب على جميع المطالبين ملء القسم أ، والقسم ب، والقسم 1.** استناداً إلى صلتك بالمتوفى، يجب عليك أيضاً ملء الأقسام التالية:  
الأزواج: القسم 2 (والقسم 3 في حالة وجود أطفال).  
والدا الأطفال أو الأوصياء عليهم: القسم 3.  
الوالدان، الأجداد المعالون: القسم 4.  
الأحفاد، الأشقاء المعالون: القسم 5.  
الوالدان غير المعالين: القسم 6.  
الممثل القانوني لتركة المتوفى: القسم 7.
2. لا يتعين عليك سوى ملء الأقسام المذكورة أعلاه المتعلقة بصلتك بالمتوفى. اشطب جميع الأقسام أو الفقرات التي لا تنطبق عليك بعلامة **X**.
3. اكتب بأحرف واضحة مقروءة. أدرج رقم الضمان الاجتماعي للمتوفى في كل صفحة، ورقم الحالة بمجلس تعويضات العمال في الصفحة 3، إذا كنت تعرفه.
4. أجب بأكبر قدر ممكن من الدقة. أعد قراءة هذا الإقرار الكتابي المشفوع بيمين بعد ملئه للتأكد من دقته لأنك تقسم على صحته. يشكل الاحتيال فيما يتعلق بتعويضات العمال جنائية يعاقب عليها بالغررامات والسجن.
5. وثِّق هذا الإقرار الكتابي المشفوع بيمين. أرسل الإقرار الكتابي المشفوع بيمين الكامل والموثق وجميع المرفقات إلى مجلس تعويض العمال على العنوان المذكور أدناه.

نطرح أسئلة، اتصل بمكتب محامي العمال المصابين: 1-800-580-6665.

مجلس تعويضات العاملين في ولاية نيويورك

البريد المركزي

صندوق بريد 5205

Binghamton, NY 13902-5205

**القسم أ: جميع المتقدمين بطلبات**

يجب على جميع المتقدمين بطلبات ملء هذه الصفحة وتوثيق هذه الوثيقة في الصفحة الأخيرة، القسم ب وإرسال هذا الإقرار الكتابي المشفوع بيمين وجميع المرفقات إلى مجلس تعويضات العمال.

|                                      |       |
|--------------------------------------|-------|
| في مسألة مطالبة                      |       |
| المطالب                              | _____ |
| (اسمك الأول والأخير)                 |       |
| الإقرار الكتابي المشفوع بيمين        |       |
| بخصوص وفاة                           |       |
| الرقم بمجلس تعويضات العمال           | _____ |
| المتوفى                              | _____ |
| (الاسم الأول والأخير للمتوفى)        |       |
| قانون تعويضات العمال القسم 16        |       |
| صاحب العمل                           | _____ |
| ضد                                   |       |
| (اسم صاحب عمل المتوفى في وقت الوفاة) |       |
| (عنوان صاحب العمل)                   | _____ |

ولاية \_\_\_\_\_  
(الولاية التي وثقت فيها هذه الوثيقة)

مقاطعة \_\_\_\_\_  
(المقاطعة التي وثقت فيها هذه الوثيقة)

أنا، بعد أن أقسمت على النحو اللازم، أشهد وأقول (أجب عن الأقسام التالية، حسب الملانم):

رقم الضمان الاجتماعي للمتوفى: \_\_\_\_\_

**القسم أ: جميع المتقدمين بطلبات**

يجب على جميع المتقدمين بطلبات ملء هذا القسم. أرفق ما يلي إن انطبق. ضع علامة على المربع في حالة إدراج المذكور.

- شهادة الوفاة (مطلوبة).
- نسخ من الوثائق التي يمكن للمجلس استخدامها لتحديد إجمالي الدخل الأسبوعي للمتوفى عن جميع الوظائف لمدة سنة واحد قبل الوفاة (إيصالات الرواتب، نموذج W-2، إلخ).
- نسخ من الإيصالات أو المستندات الأخرى المتعلقة بدفع نفقات الجنازة.
- نسخة من موافقة شركة التأمين على تسوية دعوى قتل خطأ.

1. أنا المطالب. أعيش في \_\_\_\_\_  
(الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)

رقم هاتفي هو \_\_\_\_\_  
(رمز المنطقة، الرقم)

رقم الضمان الاجتماعي الخاص بي هو \_\_\_\_\_  
(الأرقام التسعة كلها)

أنا \_\_\_\_\_  
(زوج، ابن، ابنة، والد/ة، جدة، شقيق، شقيقة، حفيد، ممثل تركة)

2. عنوان صاحب العمل المذكور أعلاه هو \_\_\_\_\_  
(الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)

3. تاريخ ميلاد المتوفى هو \_\_\_\_\_  
(الشهر واليوم والسنة)

رقم الضمان الاجتماعي للمتوفى هو \_\_\_\_\_  
(الأرقام التسعة كلها)

تاريخ وفاة المتوفى هو \_\_\_\_\_  
(الشهر واليوم والسنة)

في تاريخ الوفاة، \_\_\_\_\_ المتوفى موظفًا من قبل صاحب العمل المذكور أعلاه.  
(كان أو لم يكن)

في \_\_\_\_\_، كان المتوفى في \_\_\_\_\_  
(تاريخ ووقت الوفاة) (الشارع والمدينة والولاية)

وشارك في \_\_\_\_\_  
(ما كان يفعله المتوفى وقت الوفاة)

وتوفي نتيجة \_\_\_\_\_  
(اشرح كيفية وفاة المتوفى).

4. كانت الأجور الإجمالية للمتوفى (بما في ذلك العمل الإضافي والإكراميات) مقابل هذه الوظيفة \_\_\_\_\_ دولار أمريكي،  
(المبلغ)

وأيضًا \_\_\_\_\_ دولار أمريكي مقابل \_\_\_\_\_، مدفوعة على أساس \_\_\_\_\_،  
(المبلغ) (سكن، إيجار، وجبات، إلخ.) (أسبوعي، نصف شهري، إلخ.)

5. \_\_\_\_\_ المتوفى وظيفة أخرى في وقت الوفاة، مع  
(كان لدى أو لم يكن لدى)

\_\_\_\_\_، تقع في \_\_\_\_\_  
(اسم صاحب العمل الآخر، إن وجد) (الشارع والمدينة والولاية والرمز البريدي)

كانت الأجور الإجمالية (بما في ذلك العمل الإضافي والإكراميات) المكتسبة مقابل هذه الوظيفة الأخرى \_\_\_\_\_ دولار أمريكي،  
(المبلغ)

وأيضًا \_\_\_\_\_ دولار أمريكي مقابل \_\_\_\_\_، مدفوعة على أساس \_\_\_\_\_،  
(المبلغ) (سكن، إيجار، وجبات، إلخ.) (أسبوعي، نصف شهري، إلخ.)

رقم الضمان الاجتماعي للمتوفى: \_\_\_\_\_

## الإقرار الكتابي المشفوع بيمين الخاص باستحقاقات الوفاة لمجلس تعويضات العمال في ولاية نيويورك

6. تم دفع نفقات الجنازة للمتوفى بقيمة \_\_\_\_\_ دولار أمريكي. وأنا أطلب تعويضًا من صاحب العمل و/أو المتعهد.  
(المبلغ)
7. فيما يتعلق بوفاة المتوفى، إنني \_\_\_\_\_ دعوى قتل خطأ ضد  
(أخطط لرفع، بدأت، قمت بتسوية)
- \_\_\_\_\_ (اسم الطرف المخطئ)
- لقد استرددت \_\_\_\_\_ دولار أمريكي في دعوى القتل الخطأ، والتي تمت تسويتها في \_\_\_\_\_  
(المبلغ) (التاريخ)

### القسم 2: الأزواج

- يجب على الأزواج الذين يسعون للحصول على الاستحقاقات ملء هذا القسم. أرفق ما يلي إن انطبق. ضع علامة على المربع في حالة إدراج المذكور.
- نسخة من عقد الزواج (مطلوبة).
- توثيق أن زواجك السابق، إن وجد، قد فُسخ.
- توثيق أن زواج المتوفى السابق، إن وجد، قد فُسخ.
- نسخة من منحة الضمان الاجتماعي إذا كنت تتلقى استحقاقات وريثة.
8. أنا الزوج الوريث للمتوفى، وأسعى للحصول على الاستحقاقات نيابةً عن نفسي.
9. اسمي قبل الزواج هو \_\_\_\_\_  
(اذكر الاسم قبل الزواج، إن انطبق)
10. تاريخ ميلادي هو \_\_\_\_\_  
(الشهر، اليوم، السنة)
11. تزوجت المتوفى في \_\_\_\_\_ في \_\_\_\_\_  
(الشهر، اليوم، السنة) (المدينة والولاية)
12. \_\_\_\_\_ متزوجًا قبل الزواج من المتوفى.  
(كنت أو لم أكن)
13. المتوفى \_\_\_\_\_ متزوجًا قبل \_\_\_\_\_ مني.  
(كان أو لم يكن) (زواجه)
14. في تاريخ وفاة المتوفى، كنت ما زلت متزوجًا من المتوفى.
15. في تاريخ وفاة المتوفى، \_\_\_\_\_ نعيش معًا، و \_\_\_\_\_ هناك دعوى انفصال معلقة لفسخ الزواج.  
(كنا أو لم تكن) (كانت أو لم تكن)
16. منذ وفاة المتوفى، \_\_\_\_\_ بالزواج مرة أخرى. تاريخ زواجي مرة أخرى هو \_\_\_\_\_  
(قمت أو لم أقم) (الشهر، اليوم، السنة)
17. \_\_\_\_\_ أطفال من المتوفى.  
(لدي أو ليس لدي)
18. المتوفى \_\_\_\_\_ أطفال من شخص آخر.  
(لديه أو ليس لديه)

رقم الضمان الاجتماعي للمتوفى: \_\_\_\_\_

### القسم 3: الأطفال

يجب على الأطفال الذين يسعون للحصول على الاستحقاقات ملء هذا القسم. أرفق ما يلي حيثما ينطبق، وضع علامة على المربع إذا كان مدرجاً.  
 نسخ من شهادات الميلاد أو أوامر التبني (مطلوبة).

الوثائق التي تثبت أنك وصي قانوني على أي من أطفال المتوفى، إذا لم تكن أحد الوالدين.

الوثائق التي تظهر أن أي أطفال للزوج أو أطفال خارج إطار الزواج كانوا يعولون على المتوفى في الحصول على إعالة.

الوثائق المصدقة من مؤسسة تعليمية معتمدة تبين أن أي طفل يتراوح عمره ما بين 18 و 23 سنة مسجل ويحضر بدوام كامل.

إثبات الإعاقة أو العمى.

19. أنا أسعى للحصول على استحقاقات تعويض العمال للطفل (الأطفال) التالي(ين)، الذي كان يعول على المتوفى في الحصول على إعالة في وقت وفاة المتوفى.

20. بصفتي والد الطفل (الأطفال) المدرج(ين) أدناه أو الوصي القانوني عليه(م)، أطلب أن يتم اعتياري شخصاً مسؤولاً قانوناً عنه(م) وأن يتم دفع أي منح تعويض خاصة به(م) إلي بالنيابة عنه(م).

21. في حالة تحديد أنني الشخص المسؤول قانوناً عن هذا الطفل القاصر (الأطفال القصر)، فأنا أوافق على تقديم تقارير، بمعدل سنوي أو بمعدل أكثر تكراراً، وفقاً لما يطلبه رئيس مجلس تعويضات العمال، فيما يتعلق بأي نفقات خاصة بأي منح مستفيد منها القصر.

22. أنا والد الطفل (الأطفال) أو الوصي القانوني عليه(م) المدرج(ين) في الجدولين 1 و/أو 2.

تتعلق كل من الجدال التالية بصلة وظروف معيشية مختلفة بين الأطفال المعالين وبينك وبين المتوفى. يرجى الإجابة عن جميع الأسئلة في أي جدول يتعلق بوضعك، وتخطي أي جدول غير ذي صلة. قد يتعين عليك ملء أكثر من جدول واحد.

#### الجدول 1. الأطفال الذين عاشوا مع المتوفى و/أو معي. يرجى الإجابة عن جميع الأسئلة.

| الاسم الأول والاسم الأخير | الصلة بالمتوفى | الصلة بالمطالب | تاريخ الولادة | هل الطفل مكفوف تماماً؟ (نعم/لا) | هل يعاني الطفل من إعاقة كلية دائمة؟ (نعم/لا) | عاش الطفل معي (نعم/لا) | عاش الطفل مع المتوفى (نعم/لا) |
|---------------------------|----------------|----------------|---------------|---------------------------------|--|------------------------|-------------------------------|
|                           |                |                |               |                                 |  |                        |                               |
|                           |                |                |               |                                 |  |                        |                               |
|                           |                |                |               |                                 |  |                        |                               |
|                           |                |                |               |                                 |  |                        |                               |
|                           |                |                |               |                                 |  |                        |                               |

**الجدول 2. الأطفال الذين لم يعيشوا مع المتوفى أو معي. يرجى الإجابة عن جميع الأسئلة.**

| الاسم الأول والاسم الأخير | الصلة بالمتوفى | العنوان | الصلة بالمطالب | تاريخ الولادة |
|---------------------------|----------------|---------|----------------|---------------|
|                           |                |         |                |               |
|                           |                |         |                |               |
|                           |                |         |                |               |
|                           |                |         |                |               |

**الجدول 3. أنا لست الوصي القانوني على الطفل (الأطفال) التالي(ين)، ولكن بناءً على معلومات واعتقاد، فيما يلي أسماء جميع أطفال المتوفى الآخرين:**

| الاسم الأول والاسم الأخير | الصلة بالمتوفى | العنوان | تاريخ الولادة |
|---------------------------|----------------|---------|---------------|
|                           |                |         |               |
|                           |                |         |               |
|                           |                |         |               |
|                           |                |         |               |

**القسم 4: الوالدان أو الأجداد المعالون**

يجب ملء هذا القسم من قبل الوالدين أو الأجداد المعالين الذين يسعون للحصول على الاستحقاقات. ضع علامة على المربع الذي يشير إلى إدراج عنصر ما:

- الوثائق التي تثبت الصلة التي تجمعك بالمتوفى (مطلوبة).
- الوثائق (الإقرارات الضريبية، الشيكات، البيانات المصرفية، إلخ.) التي توضح إعالة المتوفى لك ودفعه لنفقاتك (مطلوبة).
- أمر المحكمة أو التوكيل الرسمي إذا كنت الممثل القانوني للوالدة (الجددة) المعال (ة) أو الجد (ة) المعال (ة) وتقدم الطلب نيابة عنه/عنها (إن انطبق).

24. إنني أؤكد أنه في وقت الوفاة، لم يكن لدى المتوفى زوج وريث أو أطفال معالون تحت سن 18 سنة (أو أقل من 23 سنة إذا كانوا مسجلين ويحضرون في مؤسسة تعليمية معتمدة كطلاب بدوام كامل)، أو أي أطفال مكفوفين تمامًا أو يعانون من إعاقة كلية ودائمة.

25. المتوفى هو \_\_\_\_\_  
(ابني أو ابنتي أو حفيدي أو حفيدتي)

26. مع المتوفى وقت وفاته. \_\_\_\_\_  
(كنت أعيش أو لم أكن أعيش)

رقم الضمان الاجتماعي للمتوفى: \_\_\_\_\_

27. لقد كنت معالاً \_\_\_\_\_ على المتوفى بسبب \_\_\_\_\_  
(كليةً أو جزئياً)

(اشرح سبب كونك معالاً)

28. في وقت وفاة المتوفى، كانت لدي مصادر الدخل التالية ولا أزال أمتلكها في الوقت الحالي:

| مصدر الدخل (على سبيل المثال، الوظيفة، الضمان الاجتماعي، إلخ.) | المبلغ المتلقى | الوتيرة |
|---|----------------|---------|
|   |                |         |
|   |                |         |
|   |                |         |
|   |                |         |
|   |                |         |

29. في وقت وفاة المتوفى، كنت أتكبد النفقات التالية في الشهر:

| طبيعة النفقات | مبلغ النفقات |
|---------------|--------------|
|               |              |
|               |              |
|               |              |
|               |              |
|               |              |

30. دفع المتوفى هذه النفقات الخاصة بي بشكل مباشر.

| طبيعة النفقات | المسؤول قانوناً عن النفقات | مبلغ النفقات | كيف دفع المتوفى النفقات |
|---------------|----------------------------|--------------|-------------------------|
|               |                            |              |                         |
|               |                            |              |                         |
|               |                            |              |                         |
|               |                            |              |                         |
|               |                            |              |                         |

رقم الضمان الاجتماعي للمتوفى: \_\_\_\_\_

### القسم 5: الأشفاء أو الأحفاد المعالون

يجب ملء هذا القسم من قِبل الأشفاء أو الأحفاد المعالين الذين يسعون للحصول على الاستحقاقات. أرفق ما يلي حينما ينطبق على مطالبتك، وضع علامة على المربع إذا كان مدرجًا:

- شهادات ميلاد جميع المعالين (مطلوبة).
- أوامر المحكمة بالتبني في حالة كان المعالون متبنين من قِبل أطفال المتوفى أو والديه.
- الوثائق مثل الإقرارات الضريبية، الشيكات من المتوفى، البيانات المصرفية، وما إلى ذلك التي تظهر إعالة المتوفى للمعالين.
- الوثائق التي تثبت أنك الوصي القانوني على المعالين (إذا لم تكن أحد الوالدين).

31. إنني أؤكد أنه في وقت الوفاة، لم يكن لدى المتوفى زوج وريث أو أطفال معالون تحت سن 18 سنة (أو أقل من 23 سنة إذا كانوا طلاب بدوام كامل مسجلين وملتحقين بمؤسسة تعليمية معتمدة)، أو أي أطفال مكفوفين تمامًا أو يعانون من إعاقة كلية ودائمة.

32. أنا \_\_\_\_\_ الأشخاص التاليين الذين كانوا يعولون على المتوفى:  
(والد، والدته، الوصي القانوني على)

| الاسم الأول والأخير للمعال | الصلة بالمتوفى | الصلة بالمطالب | تاريخ الولادة | اسم الشخص الذي يعيش المعال معه الآن وعنوانه |
|----------------------------|----------------|----------------|---------------|---|
|                            |                |                |               |   |
|                            |                |                |               |   |
|                            |                |                |               |   |
|                            |                |                |               |   |
|                            |                |                |               |   |

33. كان \_\_\_\_\_ المعال \_\_\_\_\_ يعيش مع \_\_\_\_\_  
(الحفيد، الأحفاد، الشقيق، الأشفاء، الشقيقة، الشقيقات)

وقت وفاة المتوفى في هذا العنوان: \_\_\_\_\_  
(المتوفى أو اسم الشخص إن لم يكن المتوفى)

(الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)

34. كان \_\_\_\_\_ المعالون يعولون على المتوفى بسبب \_\_\_\_\_  
(الأحفاد، الأشفاء)

(اشرح سبب كونهم معالين)

35. أطلب أن يتم تحديد أنني الشخص المسؤول قانونًا من أجل الحصول على الاستحقاقات واجبة الدفع، نيابةً عن الأشفاء المعالين المذكورين أعلاه.

36. إذا تم تحديد أنني الشخص المسؤول قانونًا عن الأحفاد و/أو الأشفاء المعالين، فأنا أوافق على تقديم تقارير، بمعدل سنوي أو بمعدل أكثر تكرارًا، وفقًا لما يطلبه رئيس مجلس تعويضات العمال، فيما يتعلق بأي نفقات خاصة بالمنح المستفيد منها القصر.

رقم الضمان الاجتماعي للمتوفى: \_\_\_\_\_



### القسم 6: الوالدان غير المعالين

يجب ملء هذا القسم من قِبل الوالدين غير المعالين. أرفق شهادة ميلاد المتوفى. ملاحظة: تبلغ استحقاقات الوفاة للوالدين غير المعالين 50000 دولار أمريكي إذا كانا متزوجين من بعضهما بعضًا أو 50000 دولار أمريكي إذا كان واحد منهما فقط على قيد الحياة. إذا لم يكن الوالدان متزوجين من بعضهما بعضًا، فستكون قيمة الاستحقاقات 25000 دولار أمريكي لكل منهما، ويجب على كل منهما تقديم إقرار كتابي مشفوع بيمين خاص به.

37. أؤكد أن المتوفى وقت وفاته لم يكن متزوجًا، ولم يكن لديه أي طفل (أطفال) تحت سن 23؛ ولا أي طفل (أطفال) مكفوف أو معاق جسديًا معال؛ ولا أي حفيد (أحفاد) أو أخ (إخوة) أو أخت (أخوات) تحت سن 23؛ ولا أي حفيد (أحفاد) أو أخ (إخوة) أو أخت (أخوات) مكفوفين أو معاقين جسديًا معالين.

38. بصفتي \_\_\_\_\_ الحي وغير المعال للمتوفى في وقت وفاته، يطلب \_\_\_\_\_  
(أم، أب، أو أم وأب) (نحن أو أنا)

دفع مبلغ \_\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_\_ كما هو موضح أدناه.  
(25000 دولار أو 50000 دولار) (نحن أو أنا)

\_\_\_\_\_ (الاسم (الأسماء) الأول والأخير)

\_\_\_\_\_ (الشارع والمدينة والولاية والرمز البريدي للمنطقة حيث تعيش)

\_\_\_\_\_ (رقم الهاتف متضمنًا رمز المنطقة)

### القسم 7: الممثل القانوني لتركه المتوفى

يجب على الممثل القانوني لتركه المتوفى ملء هذا القسم. أرفق ما يلي، إن انطبق، وضع علامة على المربع إذا كان مدرجاً:

- الوثائق التي توضح سلطة منصب تمثيل تركه المتوفى، مثل خطابات الوصية أو خطابات الإدارة (مطلوب).
- نسخ من شهادات وفاة والدي المتوفى.
- وثائق مثل الإقرارات الضريبية، والشيكات، وكشوف الحسابات المصرفية، وما إلى ذلك، التي تُظهر أن المتوفى قد دعمك ودفع المصاريف التي تكبدتها.
- شهادة ميلاد المتوفى.

39. أؤكد أنه في وقت الوفاة، لم يكن المتوفى متزوجاً؛ ولم يكن لديه أي أطفال دون سن 23 عاماً، ولا أي أطفال مكفوفين أو معاقين جسدياً معالين؛ ولا أي أحفاد أو أشقاء معالين دون سن 23 عاماً؛ ولا أي آباء أحياء ولا أي من الأحفاد أو الأشقاء المكفوفين أو المعاقين جسدياً المعالين.

أنا الممثل القانوني لتركه المتوفى.

المتوفى وقت وفاته لم يكن متزوجاً؛ ولم يكن لديه أي طفل (أطفال) تحت سن 23؛ ولا أي طفل (أطفال) مكفوف أو معاق جسدياً معال؛ ولا أي حفيد (أحفاد) أو أخ (إخوة) أو أخت (أخوات) تحت سن 23؛ ولا أي حفيد (أحفاد) أو أخ (إخوة) أو أخت (أخوات) مكفوفين أو معاقين جسدياً معالين.

40. والدة المتوفى هي \_\_\_\_\_ التي توفيت في \_\_\_\_\_  
(الاسم الأول والاسم الأخير) (الشهر واليوم والسنة)

41. والد المتوفى هو \_\_\_\_\_ الذي توفي في \_\_\_\_\_  
(الاسم الأول والاسم الأخير) (الشهر واليوم والسنة)

42. اسمي هو \_\_\_\_\_ . عنواني هو \_\_\_\_\_  
(الاسم الأول والاسم الأخير) (الشارع والمدينة والولاية والرمز البريدي)

(الشارع والمدينة والولاية والرمز البريدي)

ورقم هاتفي هو \_\_\_\_\_  
(رقم الهاتف متضمناً رمز المنطقة)

43. أطلب بموجب هذه الوثيقة دفع مبلغ 50000 دولار إلى تركه المتوفى باسمي كما هو مذكور أعلاه.

**القسم ب: جميع المتقدمين بطلبات**

يجب على جميع المتقدمين بطلبات ملء هذه الصفحة وتوثيق هذه الوثيقة. أرسل هذا الإقرار الكتابي وجميع المرفقات إلى مجلس تعويضات العمال.

من خلال التوقيع باسمي أدناه، أقسم بموجب هذا أن الإفادات الواردة هنا صحيحة، وأقدم هذا الإقرار الكتابي بموجب عقوبات الحنث باليمين. أقسم كذلك أنني أفهم أن القانون ينص على عقوبات الحنث باليمين للإدلاء بإفادات كاذبة عن عمد فيما يتعلق بالمطالبة بالتأمين.

---

التوقيع (بالحبر فقط - استخدم قلم حبر أزرق، إن أمكن)

أقسم أمامي هذا \_\_\_\_\_

يوم \_\_\_\_\_ ، 20 \_\_\_\_\_

---

كاتب العدل