

املأ هذا النموذج لتقديم طلب للحصول على مزايا تعويض العمال بسبب إصابة عمل أو مرض متعلق بالعمل. اكتب أو اطبع بدقة. يمكن أيضاً ملء هذا النموذج عبر الإنترنت على www.wcb.ny.gov.

رقم حالة WCB (إذا كنت تعرف ذلك):

أ. معلوماتك (الموظف)

1. الاسم: _____
الأول _____ الحرف الأول من الاسم الأوسط _____ العائلة _____
2. تاريخ الميلاد: ____/____/____
3. عنوان المراسلة: _____
الرقم والشارع/صندوق البريد/رقم الشقة _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____
4. رقم الضمان الاجتماعي: _____ - _____ - _____
5. رقم الهاتف: _____
6. الجنس: ذكر أنثى
7. أحتاج إلى مترجم إذا كان عليك حضور جلسة استماع مع المجلس؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فلاي لغة؟ _____

ب. صاحب (أصحاب) العمل

1. صاحب العمل عند الإصابة: _____
2. رقم الهاتف: _____
3. عنوان عملك: _____
الرقم والشارع _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____
4. تاريخ توظيفك: ____/____/____ 5. اسم مشرفك: _____
6. اذكر أسماء/عناوين أي صاحب عمل (أصحاب عمل) آخر في وقت إصابتك/مرضك: _____
7. هل خسرت وقتاً من العمل في الوظيفة (الوظائف) الأخرى نتيجة إصابتك/مرضك؟ نعم لا

ج. وظيفتك في تاريخ الإصابة أو المرض

1. ما المسمى أو الوصف الوظيفي لك؟ _____
2. ما أنواع الأنشطة التي تمارسها عادةً في العمل؟ _____
3. ماذا كانت وظيفتك؟ (حدد خياراً واحداً) دوام كامل دوام جزئي متطوع موسمي غير ذلك: _____
4. ما إجمالي راتبك (قبل الضرائب) لكل فترة دفع؟ _____ 5. كم مرة كان يتم دفع راتبك؟ _____
6. هل تلقيت بدل سكن أو إكرامية بالإضافة إلى راتبك؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فيرجى وصف ذلك: _____

د. إصابتك أو مرضك

1. تاريخ الإصابة أو تاريخ ظهور المرض: ____/____/____ 2. وقت الإصابة: _____ م ص
3. أين حدثت الإصابة/المرض؟ (على سبيل المثال، 1 الشارع الرئيسي، بوترزفيل، عند الباب الأمامي) _____
4. هل كان هذا موقع عملك المعتاد؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بـ "لا"، فلماذا كنت في هذا الموقع؟ _____
5. ماذا كنت تفعل عندما أصبت أو مرضت؟ (على سبيل المثال، تفريغ شاحنة، كتابة تقرير) _____
6. كيف حدثت الإصابة/المرض؟ (على سبيل المثال، تعثرت في أنبوب وسقطت على الأرض) _____
7. اشرح طبيعة إصابتك/مرضك بشكل كامل؛ أدرج قائمة بأجزاء الجسم المصابة (على سبيل المثال، كاحل أيسر ملتوٍ وقطع في الجبهة) _____



د. إصابتك أو مرضك، تابع

8. هل كان هناك جسم ما (على سبيل المثال، رافعة شوكية، مطرقة، حمض) متورط في الإصابة/المرض؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فماذا كان؟ _____
9. هل كانت الإصابة نتيجة استخدام أو تشغيل مركبة مرخصة؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، مركبتك مركبة صاحب العمل مركبة أخرى رقم لوحة الترخيص (إذا كان معروفًا): _____
إذا كانت مركبتك متورطة، فاذكر اسم وعنوان شركة التأمين على مركبتك: _____
10. هل أعطيت صاحب العمل (أو المشرف) إشعارًا بالإصابة/المرض؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فقد تم إرسال إشعار: _____ شفويًا كتابيًا تاريخ تقديم الإشعار: _____/_____/_____
11. هل رأى أي شخص إصابتك وهي تحدث؟ نعم لا غير معروف إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فقم بإدراج الأسماء: _____

هـ. العودة إلى العمل

1. هل توقفت عن العمل بسبب إصابتك/مرضك؟ نعم نعم، في أي تاريخ؟ _____/_____/_____ لا، انتقل إلى القسم "و".
2. هل عدت إلى العمل؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، ففي أي تاريخ؟ _____/_____/_____ عمل اعتيادي عمل محدود
3. إذا عدت إلى العمل، فلن تعمل الآن؟ صاحب العمل نفسه صاحب العمل الجديد عامل مستقل
4. ما إجمالي راتبك (قبل الضرائب) لكل فترة دفع؟ _____ كم مرة يتم دفع راتبك؟ _____

و. العلاج الطبي لهذه الإصابة أو المرض

1. ماذا كان تاريخ أول علاج تلقيتَه؟ _____/_____/_____ لم يتم تلقي أي علاج (انتقل إلى السؤال F-5)
2. هل تم علاجك في مكان الحادث؟ نعم لا
3. أين تلقيت أول علاج طبي لك خارج مكان الحادث لإصابتك/مرضك؟ لم يتم تلقي أي علاج غرفة الطوارئ مكتب الطبيب عيادة الطبيب/المستشفى/الرعاية العاجلة البقاء في المستشفى لأكثر من 24 ساعة
- الاسم والعنوان الذي تم علاجك فيه لأول مرة: _____
- رقم الهاتف: _____
4. أما زلت تتلقى العلاج لهذه الإصابة/المرض؟ نعم لا
اكتب الاسم والعنوان للطبيب (الأطباء) الذي يعالجك من هذه الإصابة/المرض: _____
رقم الهاتف: _____
5. هل تعرضت لإصابة أخرى في الجزء نفسه من الجسم، أو مرض مشابه؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فهل عالجك طبيب؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فقدم اسم وعنوان الطبيب (الأطباء) الذي عالجك وأكمل وقدم النموذج C-3.3 مع هذا النموذج:

6. هل الإصابة/المرض السابق متعلق بالعمل؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فهل كنت تعمل لدى صاحب العمل نفسه الذي تعمل لديه الآن؟ نعم لا

أطالب بموجب هذا بالمزايا المقدمة وفقًا لقانون تعويض العمال. يؤكد توقيعي أن المعلومات التي أقدمها صحيحة ودقيقة على حد علمي واعتقادي.

أي شخص يقوم، عن قصد وبنيّة العش، بالتقديم أو التسبب في التقديم، أو التحضير بعلم أو اعتقاد بأنه سيتم التقديم، إلى أو من شركة تأمين أو شركة تأمين ذاتي، لأي معلومات تحتوي على أي بيان لمادة زائفة، أو يخفي أي حقيقة مادية، سيتم اعتباره مذنبًا بارتكاب جريمة ويخضع لعقوبات كبيرة وسجن.

توقيع الموظف _____ الاسم المطبوع: _____ التاريخ: _____/_____/_____

نيابةً عن الموظف _____ الاسم المطبوع: _____ التاريخ: _____/_____/_____

لا يجوز للفرد التوقيع نيابةً عن الموظف إلا إذا كان مخولًا قانونًا للقيام بذلك وكان الموظف قاصرًا أو غير كفء من الناحية العقلية أو عاجزًا.

أقر على حد علمي ومعلوماتي واعتقادي، ما تشكل بعد إجراء تحقيق معقول في ظل الظروف، بأن المزاعم والمسائل الواقعية الأخرى التي تم تأكيدها أعلاه تحظى بدعم إثباتي، أو من المحتمل أن تحصل على دعم إثباتي بعد فرصة معقولة لإجراء مزيد من التحقيقات أو الاكتشاف.

توقيع المحامي/الممثل (إن وُجد): _____ التاريخ: _____/_____/_____

الاسم المطبوع: _____ المسمى الوظيفي: _____

رقم الهوية، إن وُجد: R _____ إذا كان الممثل مرخصًا، فضع رقم الترخيص: _____ تاريخ انتهاء الصلاحية: _____/_____/_____



WCB Case No. (if you know it): _____

To Claimant: If you received treatment for a previous injury to the same body part or for an illness similar to the one described in your current Claim, fill out this form. This form allows the health care providers you list below to release health care information about your previous injury/illness to your employer's workers' compensation insurer. The federal HIPAA law (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) says you have a right to get a copy of this form. If you do not understand this form, talk to your legal representative. If you do not have a legal representative, the Advocate for Injured Workers at the Workers' Compensation Board can help you. Call: 800-580-6665.

To Health Care Provider: A copy of this HIPAA-compliant release allows you to disclose health information. If you send records to the employer's workers' compensation insurer in response to this release, also mail copies to the Claimant's legal representative. (If no legal representative is listed below, send copies to the Claimant.) Health care providers who release records must follow New York state law and HIPAA.

This release is:
• Voluntary. Your health care provider(s) must give you the same care, payment terms, and benefits, whether you sign this form or not.
• Limited. It gives your health care provider(s) permission to release only those health records that are related to the previous illness/condition you describe below.
• Temporary. It ends when your current claim for compensation is established or disallowed and all appeals are exhausted.
• Revocable. You can cancel this release at any time. To cancel, send a letter to the health care provider(s) listed on this form. Also, send a copy of your letter to your employer's workers' compensation insurer and the Workers' Compensation Board. Note: You may not cancel this release with respect to medical records already provided.
• For records only. It gives your health care provider(s) listed on this form permission to send copies of your health care records to your employer's workers' compensation insurer.

This form does NOT allow your health care provider(s) to release the following types of information:
• HIV-related information
• Psychotherapy notes
• Alcohol/Drug treatment
• Mental Health treatment (unless you check below)
• Verbal information (your health care providers may not discuss your health care information with anyone)

Any medical records released will become part of your workers' compensation file and are confidential under the Workers' Compensation Law.

A. YOUR INFORMATION (Claimant)

- 1. Name: _____ 2. Social Security Number: _____ - _____ - _____
3. Mailing Address: _____
4. Date of Birth: ____/____/____ 5. Date of the current injury/illness: ____/____/____
6. Current injury/illness, including all body parts injured: _____
7. Your legal representative's name and address (if any): _____

Check here if you allow your health care provider(s) to release mental health care information.

B. YOUR HEALTH CARE PROVIDER(S) (List all health care providers who treated you for a previous injury to the same body part or similar illness. If more than 2 providers attach their contact information to this form.)

- 1. Provider: _____ 2. Phone Number: (____) _____
3. Mailing Address: _____
4. Other provider (if any): _____ 5. Phone Number: (____) _____
6. Mailing Address: _____

C. READ AND SIGN BELOW. I hereby request that the health care provider(s) listed above give my employer's workers' compensation insurer copies of all health records related to any previous injury/illness, to all body parts, described above.

Claimant's signature (ink only -- use blue ballpoint pen, if possible.) Date

If the claimant is unable to sign, the person signing on his/her behalf must fill out and sign below:

Your name Relationship to Claimant Signature (ink only -- use blue ballpoint pen, if possible.) Date

رقم قضية WCB (إذا كنت تعرف ذلك): WCB Case No. (if you know it):

إلى **المدعي**: إذا تلقيت علاجًا لإصابة سابقة في الجزء نفسه من الجسم أو لمرض مشابه للإصابة الموصوفة في مطالبتك الحالية، فأملأ هذا النموذج. يتيح هذا النموذج لمقدمي الرعاية الصحية الذين تدرجهم أدناه الإفصاح عن معلومات الرعاية الصحية حول إصابتك/مرضك السابق لشركة تأمين تعويض العمال التابعة لصاحب العمل. ينص قانون HIPAA الفيدرالي (قانون نقل التأمين الصحي والمسؤولية لعام 1996) على حقك في الحصول على نسخة من هذا النموذج. إذا لم تفهم هذا النموذج، فتحدث إلى ممثلك القانوني. إذا لم يكن لديك ممثل قانوني، فيمكن لمحامى العمال المصابين في مجلس تعويض العمال مساعدتك. اتصل بالرقم: 800-580-6665.

إلى **مقدم الرعاية الصحية**: تتيح لك نسخة من هذا الإصدار المتوافق مع قانون HIPAA الكشف عن المعلومات الصحية. إذا أرسلت سجلات إلى شركة تأمين تعويض العمال التابعة لصاحب العمل ردًا على هذا الإصدار، فيمكنك أيضًا إرسال نسخ بالبريد إلى الممثل القانوني للمدعي. (إذا لم يكن هناك ممثل قانوني مدرج أدناه، فأرسل نسخًا إلى المدعي). يجب على مقدمي الرعاية الصحية الذين يفصحون عن السجلات اتباع قانون ولاية نيويورك وقانون HIPAA.

هذا الإصدار:

- **طوعي**: يجب أن يقدم لك مقدم (مقدمو) الرعاية الصحية مستوى الرعاية وشروط الدفع والمزايا نفسها، سواء قمت بالتوقيع على هذا النموذج أم لا.
- **محدود**: يمنح الإذن لمقدم (مقدمي) الرعاية الصحية الخاص بك للإفصاح عن تلك السجلات الصحية المتعلقة بالمرض/الحالة السابقة التي وصفتها أدناه فقط.
- **مؤقت**: ينتهي عندما يتم إنشاء مطالبتك الحالية بالتعويض أو عدم السماح بها واستنفاد جميع الطعون.
- **قابل للإلغاء**: يمكنك إلغاء هذا الإصدار في أي وقت. للإلغاء، أرسل خطابًا إلى مقدم (مقدمي) الرعاية الصحية المدرج في هذا النموذج. أرسل أيضًا نسخة من رسالتك إلى شركة تأمين تعويض العمال التابعة لصاحب العمل ومجلس تعويض العمال. ملاحظة: لا يجوز لك إلغاء هذا الإصدار فيما يتعلق بالسجلات الطبية المقدمة بالفعل.
- **للسجلات فقط**: يمنح لمقدم (مقدمي) الرعاية الصحية المدرج في هذا النموذج الإذن بإرسال نسخ من سجلات الرعاية الصحية الخاصة بك إلى شركة تأمين تعويض العمال التابعة لصاحب العمل.

لا يسمح هذا النموذج لمقدم (مقدمي) الرعاية الصحية الخاص بك بالإفصاح عن الأنواع التالية من المعلومات:

- المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية
- ملاحظات العلاج النفسي
- العلاج من تعاطي الكحوليات/المخدرات
- علاج الصحة العقلية (ما لم تحدد أدناه)
- المعلومات الشفهية (لا يجوز أن يناقش مقدمو الرعاية الصحية معلومات الرعاية الصحية الخاصة بك مع أي شخص)

ستصبح أي سجلات طبية يتم الإفصاح عنها جزءًا من ملف تعويض العاملين لديك وستكون سرية بموجب قانون تعويض العمال.

أ. معلوماتك (المدعي) A. YOUR INFORMATION (Claimant)

1. الاسم: (Name)
 2. رقم الضمان الاجتماعي: (Social Security Number)
 3. عنوان المراسلة: (Mailing Address)
 4. تاريخ الميلاد: (Date of Birth)
 5. تاريخ الإصابة/المرض الحالي: (Date of the current injury/illness)
 6. الإصابة/المرض الحالي، بما في ذلك جميع أجزاء الجسم المصابة: (Current injury/illness, including all body parts injured)
 7. اسم وعنوان ممثلك القانوني (إن وُجد): (Your legal representative's name and address [if any])
- ضع علامة هنا إذا كنت سمحت لمقدم (مقدمي) الرعاية الصحية الخاص بك بالإفصاح عن معلومات **رعاية الصحة العقلية**.
(Check here if you allow your health care provider(s) to release **mental health care** information.)

ب. مقدم (مقدمو) الرعاية الصحية الخاص بك (قم بإدراج جميع مقدمي الرعاية الصحية الذين عالجتك من إصابة سابقة في الجزء نفسه من الجسم أو مرض مشابه. إذا كان هناك أكثر من مقدمي رعاية، فقم بإرفاق معلومات الاتصال الخاصة بهم بهذا النموذج).

B. YOUR HEALTH CARE PROVIDER(S) (List all health care providers who treated you for a previous injury to the same body part or similar illness. If more than 2 providers attach their contact information to this form.)

1. مقدم الخدمة: (Provider)
2. رقم الهاتف: (Phone Number)
3. عنوان المراسلة: (Mailing Address)
4. مقدم خدمة آخر (إن وُجد): (Other provider [if any])
5. رقم الهاتف: (Phone Number)
6. عنوان المراسلة: (Mailing Address)

ج. اقرأ ووقع أدناه. أطلب بموجب هذا أن يقدم مقدم (مقدمو) الرعاية الصحية المذكور أعلاه لشركة تأمين تعويض العمال التابعة لصاحب العمل نسخًا من جميع السجلات الصحية المتعلقة بأي إصابة/مرض سابق، لجميع أجزاء الجسم، كما هو موضح أعلاه.

C. READ AND SIGN BELOW. I hereby request that the health care provider(s) listed above give my employer's workers' compensation insurer copies of all health records related to any previous injury/illness, to all body parts, described above.

إذا كان المدعي غير قادر على التوقيع، يجب على الشخص الذي يقوم بالتوقيع نيابةً عنه أن يملأ ويوقع أدناه:

(If the claimant is unable to sign, the person signing on his/her behalf must fill out and sign below)

توقيع المدعي (بالحبر فقط — استخدم قلم حبر جاف أزرق، إن أمكن). (Claimant's signature [ink only -- use blue ballpoint pen, if possible.]) التاريخ (Date)

اسمك (Your name) العلاقة بالمدعي (Relationship to Claimant) التوقيع (Signature) التاريخ (Date)

تعليمات لاستكمال مطالبة الموظف (نموذج C-3)

يرجى إكمال هذا النموذج وإرساله إلى العنوان البريدي المركزي لمجلس تعويض العمال المدرج في نهاية هذه التعليمات. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة إضافية لإكمال هذا النموذج، فاتصل بمجلس تعويض العمال على الرقم **1-877-632-4996**. يمكنك أيضاً ملء هذا النموذج عبر الإنترنت على موقع **wcb.ny.gov**. إذا لم يكن لديك رقم حالة مجلس تعويضات العمال أو لا تعرفه، فيرجى ترك هذا الحقل فارغاً. إنه غير مطلوب لمعالجة مطالبتك. تذكر إدخال اسمك وتاريخ إصابتك/مرضك في أعلى الصفحة الثانية.

القسم أ — معلوماتك (الموظف):

في القسم أ، أدخل اسمك وعنوانك والمعلومات الأخرى المطلوبة.
ملاحظة على البند 7: تُجرى جلسات المجلس باللغة الإنجليزية. إذا كنت بحاجة إلى مترجم، فحدد "نعم" وحدد اللغة المطلوبة.

الإخطار وفقاً لقانون حماية الخصوصية الشخصية في نيويورك

(المادة 6-A من قانون الموظفين العموميين) وقانون الخصوصية الفيدرالي لعام 1974 (U.S.C § 552a 5).

إن سلطة مجلس تعويض العمال (المشار إليه باسم "المجلس") لمطالبة المدعين بتقديم المعلومات الشخصية، بما في ذلك رقم الضمان الاجتماعي الخاص بهم، مستمدة من سلطة التحقيق للمجلس بموجب قانون تعويض العمال (WCL § 20)، وسلطته الإدارية بموجب WCL § 142. يتم جمع هذه المعلومات لمساعدة المجلس في التحقيق في المطالبات وإدارتها بأسرع طريقة ممكنة وللمساعدة في الاحتفاظ بسجلات مطالبات دقيقة. تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك إلى المجلس هو أمر تطوعي. لا توجد عقوبة لعدم تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك في هذا النموذج؛ لن يؤدي ذلك إلى رفض مطالبتك أو تقليل المزايا. سيحمي المجلس سرية جميع المعلومات الشخصية التي بحوزته، ويكشف عنها لتعزيز واجباته الرسمية ووفقاً لقانون الولاية والقانون الفيدرالي المعمول بهما فقط.

القسم ب — صاحب (أصحاب) العمل:

في القسم ب، أدخل الاسم والعنوان ورقم الهاتف والمعلومات الأخرى لصاحب العمل الذي كنت تعمل لديه وقت الإصابة/المرض.
ملاحظة: صاحب العمل هو الشركة أو الوكالة التي تصدر شيك راتبك. إذا كنت متعاقداً في موقع أو مكتب عمل، فإن وكالة التوظيف أو البائع الذي وظفك هو صاحب العمل، وليس موقع العمل أو المكتب الذي تتبعه للعمل.

القسم ج — وظيفتك في تاريخ الإصابة أو المرض:

في القسم ج، أدخل المسمى الوظيفي وأنشطة العمل ومعلومات الدفع.

القسم د — إصابتك أو مرضك:

في القسم د، أدخل معلومات إصابتك أو مرضك.

البند 1: أدخل تاريخ إصابتك أو أول تاريخ لاحظت فيه إصابتك بالمرض.

إذا كان هذا مرضاً أو مرضاً مهيناً، فتخطّ البند 2. يجب أن يكون تاريخ إصابتك بصيغة شهر/يوم/سنة. يجب كتابة السنة بأربعة أرقام، على سبيل المثال، 2015.

البند 2: أدخل الوقت الذي حدثت فيه الإصابة. حدد إذا كان الوقت صباحاً أو مساءً.

البند 3: حدد المكان الذي حدثت فيه الإصابة/المرض، بما في ذلك عنوان المبنى والموقع المادي في المبنى الذي حدثت فيه الإصابة/المرض.

البند 4: حدد إذا كان هذا هو موقع عملك المعتاد أم لا. إذا لم يكن كذلك، فاشرح سبب وجودك في هذا الموقع.

البند 5: صف بالتفصيل ما كنت تفعله وقت الإصابة/المرض (على سبيل المثال، تفريغ الصناديق من شاحنة تعمل يدوياً).

هذا ما يفسر الأحداث التي أدت إلى الإصابة.

البند 6: صف بالتفصيل كيف حدثت الإصابة/المرض (على سبيل المثال، كنت أرفع صندوقاً ثقيلًا من شاحنة). يجب أن يشمل هذا جميع الأشخاص والأحداث المتورطين في الإصابة/المرض.

البند 7: وضح بشكل كامل طبيعة ومدى إصابتك/مرضك، بما يشمل جميع أجزاء الجسم المصابة. كن محدداً قدر الإمكان (على سبيل المثال، أرهقت ظهري في محاولة لرفع صندوق ثقيل من المؤلم الانحناء أو الإمساك بأشياء أخف الآن).

البند 8: بين إذا كان هناك شيء ما متورط في الحادث بخلاف مركبة ألية مرخصة. قد تشمل الأشياء الأخرى أداة (على سبيل المثال، مطرقة)، مادة كيميائية (على سبيل المثال، حمض)، آلات (على سبيل المثال، رافعة شوكية أو مكبس حفر)، إلخ.

البند 9: بين إذا كانت هناك سيارة مرخصة متورطة في الحادث. إذا كان الأمر كذلك، فحدد إذا كانت السيارة المعنية هي سيارتك أو سيارة صاحب عملك أو خاصة بطرف ثالث. قم بتضمين رقم لوحة الترخيص (إذا كان معروفاً). إذا كانت سيارتك متورطة، فقم بتعبئة اسم وعنوان شركة التأمين على السيارات المسؤولة الخاصة بك.

البند 10: حدد إذا كنت قد أعطيت صاحب العمل أو المشرف إخطاراً بإصابتك أو مرضك. إذا كان الأمر كذلك، فاذكر الشخص الذي قمت بإخطاره وإذا كان هذا شفهيًا أم كتابيًا. قم بتضمين التاريخ الذي قدمت فيه الإخطار.

البند 11: حدد إذا كان هناك أي شخص آخر قد رأى الإصابة. إذا رأى أي شخص ذلك، فقم بتضمين اسمه (اسمائهم).

القسم هـ — العودة إلى العمل:

البند 1: إذا توقفت عن العمل نتيجة إصابة/مرض متعلق بالعمل، فحدد "نعم" وحدد تاريخ توقفتك عن العمل. إذا لم تتوقف عن العمل، فحدد "لا" وانتقل إلى القسم التالي.

البند 2: إذا عدت إلى العمل منذ ذلك الحين، فحدد "نعم". حدد أيضاً التاريخ الذي بدأت فيه العمل مرة أخرى، وكذلك إذا كنت قد عدت إلى مهامك العادية أو كنت في مهمة محدودة أو مقيدة (إذا لم تعد إلى مهام العمل الكاملة قبل الإصابة أو المرض، فأنت في مهمة محدودة).

البند 3: إذا عدت إلى العمل، فحدد الشخص الذي تعمل لصالحه الآن.

البند 4: أدخل راتبك الإجمالي (قبل دفع الضريبة) لكل فترة دفع للوظيفة التي تعمل بها الآن. حدد عدد المرات التي تتلقى فيها شيك راتب (أسبوعياً، نصف أسبوعي، إلخ).

القسم و — العلاج الطبي لهذه الإصابة أو المرض:

البند 1: إذا لم تتلقَ علاجًا طبيًا لهذه الإصابة/المرض، فحدد "لم يتم تلقي علاج" وانتقل إلى البند 5. بخلاف ذلك، أدخل التاريخ الذي تلقيت فيه العلاج لأول مرة لهذه الإصابة/المرض وأكمل بقية هذا القسم.

البند 2: حدد إن كنت قد تلقيت العلاج أول مرة لهذه الإصابة أو المرض في أثناء العمل.

البند 3: حدد المكان الذي تلقيت فيه العلاج الطبي أول مرة لإصابتك أو مرضك خارج مكان الحادث. قم بتضمين اسم وعنوان المنشأة بالإضافة إلى رقم الهاتف (بما في ذلك رمز المنطقة).

البند 4: إذا كنت لا تزال تتلقى علاجًا مستمرًا للإصابة أو المرض نفسه، فحدد "نعم" ثم حدد اسم وعنوان الطبيب (الأطباء) الذي يقدم العلاج بالإضافة إلى رقم الهاتف (بما في ذلك رمز المنطقة)؛ وإلا، فحدد "لا".

البند 5: إذا كنت قد تعرضت بالفعل لإصابة في الجزء نفسه من الجسم أو مرض مشابه، فحدد "نعم" ووضّح إذا كنت قد تلقيت العلاج من طبيب لهذه الإصابة أو المرض. إذا كنت قد تلقيت العلاج من طبيب، فاذكر اسم (أسماء) وعنوان (عناوين) الطبيب (الأطباء) الذي قدم الرعاية واستكمل النموذج C-3.3 وقم بتقديم ذلك مع هذا النموذج.

البند 6: إذا كنت قد تعرضت لإصابة أو مرض سابق، فحدد هل إصابتك أو مرضك السابق له علاقة بالعمل. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فحدد إذا حدثت الإصابة أو المرض في أثناء العمل لدى صاحب العمل الحالي.

قم بالتوقيع على النموذج C-3 في المكان المخصص لتوقيع الموظف في الصفحة 2، واكتب اسمك، وأدخل التاريخ الذي وقّعت فيه على النموذج. إذا قام طرف ثالث بالتوقيع نيابة عن الموظف، فيجب على هذا الشخص التوقيع على سطر التوقيع الثاني. إذا كان لديك تمثيل قانوني، فيجب على ممثلك استكمال قسم شهادة المحامي/الممثل والتوقيع عليه في أسفل الصفحة 2.

ما يجب على كل عامل القيام به في حالة الإصابة في أثناء العمل أو المرض المهني:

1. أخبر صاحب العمل أو المشرف على الفور بمتى وأين وكيف أصبت.
2. احصل على الرعاية الطبية على الفور.
3. أخبر طبيبك بأن يقدم تقارير طبية إلى المجلس وإلى صاحب العمل أو شركة التأمين التابعة له.
4. قدم هذه المطالبة بالتعويض وأرسلها إلى أقرب مكتب لمجلس تعويض العمال. (انظر أدناه). قد يؤدي عدم التقديم في غضون عامين بعد تاريخ الإصابة إلى رفض مطالبتك. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في ملء هذا النموذج، فاتصل هاتفياً أو تفضل بزيارة أقرب مكتب لمجلس تعويض العمال مدرج أدناه.
5. اذهب إلى جميع جلسات الاستماع عندما يتم إعلامك بالحضور.
6. عد إلى العمل بمجرد أن تتمكن من ذلك؛ فالتعويض ليس بقدر راتبك أبداً.

حقوقك:

1. بشكل عام، يحق لك تلقي العلاج من الطبيب الذي تختاره، بشرط أن يكون مفوضاً من المجلس. إذا كان صاحب العمل الخاص بك مشاركاً في اتفاقية مع مؤسسة مقدم رعاية مفضلة (PPO)، فيجب عليك الحصول على العلاج الأولي من مؤسسة مقدم الرعاية المفضلة التي تم تعيينها لتقديم خدمات الرعاية الصحية لإصابات تعويض العمال.
2. لا تدفع لطبيبك أو المستشفى. سيتم دفع فواتيرهم من قبل شركة التأمين إذا لم يكن هناك نزاع في قضيتك. إذا كانت قضيتك محل نزاع، فيجب على الطبيب أو المستشفى انتظار الدفع حتى يبت المجلس في قضيتك. في حال فشلت في رفع دعوى لقضيتك أو إذا ابت المجلس ضد قضيتك، فسوف يتعين عليك الدفع للطبيب أو المستشفى.
3. يحق لك أيضاً الحصول على تعويض عن الأدوية أو العكازات أو أي جهاز موصوف بشكل صحيح من قبل طبيبك، وعن السيارات أو النفقات الضرورية الأخرى التي تذهب بها من وإلى عيادة طبيبك أو المستشفى. (احصل على إيصالات بهذه النفقات).
4. يحق لك الحصول على تعويض إذا كانت إصابتك تمنعك من العمل لأكثر من سبعة أيام، أو تجبرك على العمل بأجر أقل، أو تؤدي إلى إعاقة دائمة في أي جزء من جسمك.
5. يستحق التعويض الدفع مباشرة ودون انتظار حكم، إلا عندما يكون هناك نزاع في المطالبة.
6. يجوز للعمال المصابين أو المعالين من عمال متوفين تمثيل أنفسهم في المسائل المعروضة على المجلس أو توكيل محام أو ممثل مرخص لتمثيلهم. إذا تمت الاستعانة بمحام أو ممثل مرخص، فستتم مراجعة أتعابه مقابل الخدمات القانونية من قبل المجلس، وإذا تمت الموافقة عليها، فسيدفعها صاحب العمل أو شركة التأمين من أي تعويضات مستحقة. يجب ألا يدفع العمال المصابون أو المعالون من عمال متوفين أي شيء مباشرة للمحامي أو الممثل المرخص الذي يمثلهم في قضية التعويض.
7. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العودة إلى العمل أو بشأن العائلة أو المشكلات المالية بسبب إصابتك، فاتصل بمكتب مجلس تعويض العمال الأقرب إليك واطلب أحد مستشاري إعادة التأهيل أو الأخصائيين الاجتماعيين.

يجب تقديم هذا النموذج عن طريق الإرسال مباشرة إلى العنوان المدرج أدناه:

New York State Workers' Compensation Board
Centralized Mailing
PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5205

الرقم المجاني لخدمة العملاء: 877-632-4996