

**إذا كنت غير قادر على العمل بسبب مرض أو إصابة غير مهنية، فقد تكون مستحقاً لإعانات الإعاقة**

1. يُلزم القانون صاحب العمل بالمساعدة في دفع مخصصات إعانات الإعاقة إلى موظفيه.
  2. تكون مخصصات الإعاقة القانونية مستحقة الدفع عن أي إصابة أو مرض غير متعلق بالعمل (بما في ذلك الإعاقة الناجمة عن الحمل) بدءاً من اليوم الثامن على التوالي من حدوث الإعاقة. تُدفع الإعانات لمدة تصل إلى 26 أسبوعاً. لا يجوز أن تتجاوز المدة الإجمالية للإجازة العائلية المدفوعة والمجمعة التي قد يأخذها الموظف في فترة 52 أسبوعاً متتالياً 26 أسبوعاً. وتعتمد مدفوعات الإعانات على معدل أجرك الأسبوعي للأسابيع الثمانية التي تسبق حدوث إعاقتك مباشرةً، وتخضع للحد الأقصى المسموح به بموجب القانون الساري في اليوم الأول للإعاقة. يجوز لصاحب العمل الذي تعمل لديه أو النقابة التي تتبعها تقديم مخصصات إعانات مختلفة تُعد ملائمة على الأقل مثل المخصصات القانونية بموجب خطة أو اتفاقية معتمدة لإعانات الإعاقة.
  3. للمطالبة بالإعانات، يجب عليك تقديم إشعار كتابي وإثبات الإعاقة (نموذج المطالبة DB-450) إلى صاحب العمل أو شركة التأمين المذكورة أدناه في غضون 30 يوماً من اليوم الأول من حدوث الإعاقة، وإلا قد تُرفض مطالبتك بالكامل أو بعضها. في كل الأحوال، عليك ألا تنتظر أكثر من 26 أسبوعاً اعتباراً من ذلك التاريخ لتقديم المطالبة. يمكنك الحصول على نموذج DB-450 من صاحب العمل أو شركة التأمين أو مقدم الرعاية الصحية المتابع لحالتك أو عن طريق التواصل مع مجلس تعويض العمال. (انظر العنوان ورقم الهاتف أدناه.) لا تفترض أن صاحب العمل قد قَدّم مطالبة بالنيابة عنك؛ فتقديم المطالبة مسؤوليتك أنت.
  4. يحق لك الحصول على العلاج على يد أي طبيب، أو أخصائي علاج طبيعي، أو طبيب أسنان، أو ممرضة-أخصائية مساعدة في التوليد، أو طبيب أمراض القدم، أو أخصائي نفسي من اختيارك. على عكس مدفوعات تعويض العمال، لن يلتزم صاحب العمل أو شركة التأمين بدعم دفع فواتيرك الطبية، إلا إذا تقدم صاحب العمل و/أو نقابتك لسداد الفواتير الطبية بموجب خطة أو اتفاقية معتمدة لمخصصات إعانات الإعاقة.
  5. تدفع شركة التأمين مخصصات إعانات الإعاقة لك مباشرةً، وليس من خلال صاحب العمل الذي تعمل لديه، ما لم يكن صاحب العمل الذي تعمل لديه جهة معتمدة للتأمين الذاتي.
  6. إذا ادّعى صاحب العمل الذي تعمل لديه أو شركة التأمين أنه لا يحق لك الحصول على مخصصات إعانات الإعاقة، فيجب عليهم إرسال إشعار بالرفض إليك، في غضون 45 يوماً من تقديم مطالبتك مُبلغينك بأسباب عدم دفع المخصصات لك. إذا كنت لا توافق على رفضهم، فلك الحق قانوناً في طلب مراجعة الرفض من قبل مجلس تعويض العمال. ملحوظة مهمة: إذا لم تحصل على مخصصات الإعانات خلال 45 يوماً من تقديم مطالبتك ولم تتلق إخطاراً بالرفض (نموذج DB-451)، فاتصل على الفور بمجلس تعويض العمال على رقم الهاتف الوارد أدناه.
  7. إذا حدثت إعاقتك بسبب حادث مروري وقيمت بتقديم مطالبة للحصول على مخصصات التأمين الشامل، فيجب عليك أيضاً تقديم مطالبة (النموذج DB-450) للحصول على مخصصات الإعاقة. إذا لم تتقدم بطلب للحصول على مخصصات الإعاقة، فقد تقوم شركة التأمين الشاملة بتقليل مدفوعات تأمينك الشامل. ملحوظة مهمة: في حالات كهذه، إذا لم تكن مستحقاً لمخصصات إعانات الإعاقة، فأخبر شركة التأمين على الفور.
  8. لا يجوز لصاحب العمل أن يطلب منك التنازل عن حَقك في استحقاقات إعانات الإعاقة ولا يجوز لصاحب العمل أن يقطع أكثر من 60 سنناً في الأسبوع (ما لم يكن الاشتراك الإضافي جزءاً من خطة معتمدة) من راتبك للمساهمة في دفع أقساط التأمين لاستحقاقات إعانات الإعاقة. لا يمكن إقالتك من العمل أو التمييز ضدك بسبب تقديم مطالبة بمخصصات إعانات الإعاقة.
- إذا واجهت صعوبات في الحصول على نموذج مطالبة أو احتجت إلى مساعدة في ملء نموذج، أو كانت لديك أي أسئلة أو مشكلات أخرى تتعلق بإصابة أو مرض غير متعلق بالعمل، فاتصل بأي مكتب تابع لمجلس تعويض العمال.

هذه المعلومات هي عرض تقديمي مبسط عن حقوقك المنصوص عليها بموجب القسم 229 من قانون مخصصات إعانات الإعاقة والإجازة العائلية المدفوعة. شركة تأمين مخصصات الإعاقة الخاصة بصاحب العمل الذي تعمل لديه هي:

اكتب اسم شركة تأمين مخصصات الإعاقة وعنوانها ورقم هاتفها

أقره رئيس مجلس تعويض العمال