

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

الجزء (أ) - بيانات مقدم الطلب (يرجى كتابتها بخط واضح أو بوسيلة إلكترونية وطبعها)

1. الاسم الأخير: _____ الاسم الأول: _____ أول حرف بالاسم الأوسط: _____
2. العنوان البريدي (الشارع، شقة رقم): _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
3. رقم الهاتف المتاح نهارًا: _____ عنوان البريد الإلكتروني: _____
4. رقم الضمان الاجتماعي: _____ - _____ - _____ 5. تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____ 6. النوع: ذكر أنثى
7. صف إعاقتك (إذا كانت إصابة، فاذكر أيضًا كيف ومتى وأين حدثت): _____

8. التاريخ الذي تعرضت فيه للإعاقة: _____ / _____ / _____ 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 كان هناك أكثر من صاحب عمل واحد في الأسابيع الثمانية (8) السابقة، فاذكر أسماء جميع أصحاب العمل. يعتمد متوسط الأجر الأسبوعي على جميع الأجر التي تم تقاضيها في آخر ثمانية (8) أسابيع عمل.

متوسط الأجر الأسبوعي (شاملة للعلاوات والإكراميات والعمولات والقيمة المعقولة المحددة من مجلس تعويض العمال 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 للعلاوات والإكراميات والعمولات والقيمة المعقولة المحددة من مجلس تعويض العمال والإيجار وما إلى ذلك)	فترة العمل		صاحب عمل آخر (خلال الأسابيع الثمانية (8) 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: _____ المهنة نعم لا إذا كانت الإجابة "نعم": _____ اسم التقابة أو الرقم المحلي
11. عُضْوُ نَقَابِي: نعم لا إذا كانت الإجابة "نعم": _____
12. هل كنت تطالب بإعانات البطالة أو تحصل عليها قبل هذه الإعاقة؟ نعم لا إذا لم تكن تطالب أو إذا طالبت بإعانات التأمين ضد البطالة لكن لم تحصل عليها بعد آخر يوم عمل، فوضح الأسباب بالكامل: _____
- إذا كنت قد تلقيت إعانات البطالة، فاذكر جميع الفترات التي تقاضيها فيها: _____
13. بالنسبة لفترة الإعاقة التي تغطيها هذا الطلب المقدم:
 - أ. هل تحصل على أجر أو راتب أو مكافأة نهاية الخدمة؟ نعم لا
 - ب. هل تتلقى أو تطالب بما يلي:
 1. إعانات البطالة؟ نعم لا
 2. إجازة عائلية مدفوعة الأجر؟ نعم لا
 3. تعويضات العمال عن إعاقة مرتبطة بالعمل؟ نعم لا
 4. حادث مروري مع المطالبة بالتأمين على الأضرار التي لا يتحدد الطرف المسؤول عنها؟ نعم لا أو إصابة شخصية يتورط بها طرف ثالث؟ نعم لا
 5. هل تحصل على مخصصات الإعاقة طويلة الأجل بموجب قانون الضمان الاجتماعي الفيدرالي لهذه الإعاقة؟ نعم لا
- إذا تم اختيار "نعم" في أي عنصر من النقطة 13، فأكمل ما يلي:

أنا: تلقيتُ طالبت من: _____ عن الفترة من: _____ إلى: _____ / _____ / _____
14. في السنة (52 أسبوعًا) التي سبقت حدوث إعاقتك، هل تلقيت مخصصات الإعاقة لفترات إعاقه أخرى؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، فالذي كان يدفعها هو: _____ من: _____ إلى: _____ / _____ / _____
15. في السنة (52 أسبوعًا) التي سبقت حدوث إعاقتك، هل حصلت على إجازة عائلية مدفوعة الأجر؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، فالذي كان يدفعها هو: _____ من: _____ إلى: _____ / _____ / _____
16. إذا أصبحت معاقًا أثناء شغلك لوظيفة أو في غضون أربعة أسابيع من آخر يوم عمل لك فيه، فهل قدم صاحب العمل لك حقوقك بموجب قانون الإعاقة في غضون 5 أيام من إخطارك أو طلب نماذج الإعاقة؟ نعم لا

أطلب بموجب مخصصات إعانات الإعاقة وأقر بأنني كنت أعاني من إعاقة خلال الفترة التي يشملها هذا الطلب المقدم. لقد قرأت التعليمات الواردة في الصفحة 2 من هذا النموذج وأقر بأن البيانات السابقة، ومن بينها أي أقوال مذكورة معها، صحيحة وكاملة على حد علمي.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب

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

الجزء (ب) - بيانات مقدم الرعاية الصحية (يرجى كتابتها بخط واضح أو بوسيلة إلكترونية وطبعها)

يجب ملء بيانات مقدم الرعاية الصحية بالكامل. يجب أن يكمل مقدم الرعاية الصحية المسؤول هذا النموذج ويعيده إلى مقدم الطلب خلال سبعة (7) أيام من استلام هذا النموذج. بالنسبة للبند 7-د، يجب عليك ذكر التاريخ المتوقع. إذا كانت الإعاقة بسبب الحمل أو ذات صلة بها، فاكذب التاريخ المتوقع في البند 7-هـ. قد يؤدي تقديم إجابات غير كاملة إلى تأخير دفع مخصصات الإعانات.

1. الاسم الأخير: _____ الاسم الأول: _____ أول حرف بالاسم الأوسط: _____
2. النوع: ذكر أنثى
3. تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____
4. التشخيص/التحليل: _____ كود التشخيص: _____
أ. أعراض مقدم الطلب: _____
ب. النتائج الموضوعية: _____

5. هل حُجز مقدم الطلب في المستشفى؟: نعم لا من: _____ / _____ / _____ إلى: _____ / _____ / _____
6. هل تم تحديد العملية؟: نعم لا أ. النوع _____ ب. التاريخ _____ / _____ / _____

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

8. برأيك هل هذه الإعاقة ناتجة عن إصابة تسبب بها العمل أو حدثت خلال مدة شغل الوظيفة أو إصابة مرضية أثناء العمل؟
 نعم لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فهل تم تقديم النموذج C-4 إلى مجلس تعويض العمال؟ نعم لا

أقر بأنني:

رقم الترخيص	مرخص(ة) أو معتمد(ة) في ولاية	طبيب، أو أخصائي علاج طبيعي، أو طبيب أسنان، أو ممرضًا-أخصائيًا مساعدة في التوليد، أو طبيب أمراض القدم، أو أخصائي نفسي
التاريخ	توقيع مقدم الرعاية الصحية	اسم مقدم الرعاية الصحية بخط واضح
رقم الهاتف:	عنوان مقدم الرعاية الصحية	

إشعار مهم لمقدم الطلب - اقرأ هذه التعليمات بعناية

يرجى ملاحظة ما يلي: لا تذكر تاريخًا في هذا النموذج ولا تقدمه قبل أول تاريخ لإعاقتك. لكي تضمن متابعة طلبك، 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 طلبك الكامل 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 على الإعاقات تابعة لصاحب العمل الذي كنت تعمل لديه على موقع الويب الخاص بمجلس تعويض العمال، 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 طلبك الكامل بالبريد إلى: **Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029**. إذا كانت إجابتك "نعم" على النقطة (ب) 3 من السؤال رقم 13، يرجى إكمال وإرفاق النموذج DB-450.1.

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

الإخطار وفقًا لقانون حماية الخصوصية الشخصية في نيويورك (المادة (6-A) من قانون الموظفين العموميين) وقانون الخصوصية الفيدرالي لعام 1974 (5 U.S.C § 552a). إن سلطة مجلس تعويض العمال بأن تطلب من مقدمي الطلبات تقديم معلومات شخصية، من بينها رقم الضمان الاجتماعي الخاص بهم، مستمدة من سلطة التحقيق الممنوحة للمجلس بموجب القسم رقم 20 من قانون تعويض العمال، وسلطته الإدارية بموجب القسم رقم 142 من القانون نفسه. يتم جمع هذه المعلومات لمساعدة مجلس تعويض العمال في التحقيق في المطالبات وإدارتها بأنياب طريقة ممكنة وللمساعدة في حفظ سجلات دقيقة عن المطالبات. تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك إلى مجلس تعويض العمال هو أمر طوعي. لا توجد عقوبة على عدم تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك في هذا النموذج؛ ولن يؤدي ذلك إلى رفض مطالباتك أو تقليل مخصصات الإعانات. سيحجم مجلس تعويض العمال سرية جميع المعلومات الشخصية التي تكون بحوزته، ولن يكشف عنها إلا لأغراض تعزيز وإجباته الرسمية ووفقًا لقانون الولاية والقانون الفيدرالي المعمول بهما.

إشعار قانون المحاسبة للتأمين الصحي (HIPAA) - من أجل البت في مطالبة تعويض العمال أو مطالبة لمخصصات إعانات الإعاقة، تُلزم المادة (a)(4)13 من قانون تعويض العمال والقسم (1.3-325) 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك (NYCRR) مقدمي الرعاية الصحية بتقديم تقارير طبية بانتظام عن العلاج إلى مجلس تعويض العمال وشركة التأمين أو صاحب العمل. وفقًا للقسم (164.512) 45 من قانون اللوائح الفيدرالية (CFR)، فإن هذه التقارير الطبية المطلوبة قانونيًا مستثناة من قيود قانون محاسبة التأمين الصحي 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 كهذه لطرف غير مصرح له، فيجب عليك تقديم النموذج OC-110A الأصلي الموقع "تفويض مقدم الطلب بالكشف عن سجلات تعويض العمال" إلى مجلس تعويض العمال. هذا النموذج متاح على الموقع الإلكتروني لمجلس تعويض العمال (www.wcb.ny.gov) ويمكن الوصول إليه من خلال النقر على رابط "النماذج". إذا لم تكن لديك إمكانية الوصول 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 طلب مقدم لأي مخصصات أو مدفوعات بموجب هذا الفصل القانوني لغرض تجنب تقديم مخصصات أو مدفوعات كهذه يكون منذبًا بارتكاب جريمة ويخضع لغرامات كبيرة ويعرض نفسه للسجن.