

معلومات المطالبة - يجب أن تتضمن جميع الاتصالات هذه الأرقام

تاريخ الإصابة/المرض: _____ رقم قضية WCB: _____

معلومات العامل المصاب التحقق من وجود عنوان جديد

الاسم الأخير: _____ الاسم الأول: _____ حرف الاسم الأوسط: _____

عنوان المراسلة: _____ السطر 2: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____ البلد: _____ الولايات المتحدة الأمريكية

رقم هاتف الاتصال خلال النهار: _____ عنوان البريد الإلكتروني: _____

رقم الضمان الاجتماعي: _____ تاريخ الميلاد: _____ الجنس: ذكر أنثى

معلومات صاحب العمل

اسم صاحب العمل: _____

عنوان المراسلة: _____ السطر 2: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____ البلد: _____ الولايات المتحدة الأمريكية

هاتف صاحب العمل: _____ رقم معرف الضرائب الاتحادية: _____

رقم معرف الضريبة هو (حدد واحدًا): رقم الضمان الاجتماعي (SSN) رقم تعريف صاحب العمل (EIN)

سبب هذا الطلب - التعليمات: ضع علامة أمام كل المربعات المناسبة. تأكد من إرفاق الاستمارات الإضافية والتقارير الطبية والخطابات وغيرها كما هو مطلوب لكل مربع. إذا كان قد تم إرسال المعلومات الإضافية بالفعل، فلا ترفقها. بدلاً من ذلك حاول تحديدها في المساحة الموجودة في أسفل هذه الاستمارة** من خلال تقديم رقم الاستمارة أو عنوانها وتاريخ إرسالها إلى المجلس. وقّع على الاستمارة أدناه واكتب التاريخ عليها.

مدفوعات التعويض

أ. أنا لا أعمل حتى _____ ولا أتلقى مدفوعات. يجب توفير الوثائق الطبية التي تشير إلى الإعاقة.

ضع علامة أمام كل الإجابات المناسبة:

لقد تقدمت بمطالبة بخصوص إصابة عمل.

إن صاحب العمل لا يدفع راتبي.

لم يتم رفض مطالبتني.

لم أتلّق قرارًا يمنعني من الحصول على التعويض.

لقد حاولت حل المشكلة مع شركة التأمين.

ب. تم إيقاف مدفوعاتي أو تخفيضها.

ج. رجعت إلى العمل بتاريخ _____ بمرتب كامل.

د. أنا أحصل على نفود أقل مما كنت أحصل عليه قبل أن أتعرض للإصابة. أرفق إيصال الراتب الحالي والتقارير الطبية من طبيبك.

هـ. كان لديّ اثنان أو أكثر من أصحاب العمل في تاريخ الحادث/الإصابة (شغل أكثر من عمل في الوقت نفسه).

أرفق الراتب الإجمالي الأسبوعي قبل إصابتك وبيان من صاحب العمل الثاني بخصوص الوقت الضائع.

و. تم إطلاق سراحني من السجن بتاريخ _____ ولم أتلّق أي مدفوعات.

أرفق التقرير الطبي الذي يبين وجود إعاقة طبية وأوراق الإفراج من الاحتجاز.

ز. لم يتم الدفع لي وفقًا للتوجيهات الواردة في القرار المقدم بتاريخ _____

المشكلات الطبية:

ح. رفضت شركة التأمين طلب الإذن المسبق الخاص بي (PAR) ولم يتمكن مقدم الرعاية الصحية الخاص بي من طلب مراجعة. أرفق رفض PAR. يمكن طلب المراجعة من قبل هيئة تحكيم مجلس تعويض العمال (WCB) فقط في حالة:

فئة الرفض كانت إدارية أو سلطة قضائية أو جدولة الفحص الطبي المستقل (IME).

أرفق أي مستندات توضح سبب عدم صحة الرفض.

استند الرفض من الخدمات الخاصة لدليل العلاج الطبي أو طلب الإذن المسبق لتباين دليل العلاج الطبي على الفحص الطبي المستقل.

تم منح طلب تكلفته أكثر من 1000 دولار لعلاج/إجراء فحص على جزء من الجسم غير خاضع لـ MTG جزئيًا.

ط. رفضت عيادة المدير الطبي طلب الإذن المسبق الخاص بي (PAR) ولا يُسمح لمقدم الرعاية الصحية الخاص بي بطلب المراجعة. أرفق "إشعار القرار" بخصوص العلاج.

ي. إن إعاقتي الآن دائمة. أرفق تقرير الطبيب الخاص بأقصى قدر من التحسن الطبي (MMI) // العجز الدائم (استمارة C-4.3).

ضع علامة على هذا المربع إذا كان عمرك أقل من 25 عامًا وقت وقوع الحادث.

ك. تغيرت حالتي الطبية. أرفق الاستمارات الطبية.

ل. تم رفض طلبي الخاص بتعويض تكاليف الخدمات الطبية والنقل أو لم تتم معالجته. أرفق الإيصالات والاستمارة C-257.



المشاكل الأخرى:

م. لدي معلومات و/أو معلومات جديدة طلبها المجلس بخصوص (إرفاق المستندات):

ن. أخرى (اشرح في المساحة المتوفرة أدناه):

****المعلومات المرجعية للمستند (التاريخ، الاسم /العنوان، معرف الاستمارة):**

توقيع العامل المصاب: _____ التاريخ: _____

إلى العامل المصاب - معلومات عامة عن استخدام هذه الاستمارة

يمكنك تقديم هذه الاستمارة (RFA-1W) وأي مرفقات مع مجلس تعويض العمال عندما تريد أن يتخذ المجلس إجراءً محددًا في مطالبتك، أو إذا كنت بحاجة إلى تنبيه المجلس إلى أي مشكلة أو موقف يؤثران على مطالبتك. يتم ذكر العديد من الإجراءات/المواقف المطلوبة بشكل متكرر إما على أنها مشكلات في دفع التعويضات (البنود من أ إلى ز)، وإما على أنها مشكلات طبية (البنود من ح إلى ل)، لكنك لست مقيّدًا بتلك البنود المذكورة. ضع علامة أمام كل الإجابات المناسبة و/أو أضف معلومات أو شرحًا إضافيًا في المساحة المتوفرة (م أو ن).

أكمل معلومات التعريف في الجزء العلوي من الاستمارة RFA-1W وأرسلها مع جميع المعلومات المنطبقة المرفقة*، إلى:

Workers' Compensation Board

PO Box 5205

Binghamton, NY 13902-5205

العنوان للتقديم عبر البريد الإلكتروني: wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov

سيصل المجلس بك وبجميع الأطراف عندما يتخذ إجراءً بشأن مطالبتك.

*بعد كل مربع سترى المعلومات المطلوبة بأحرف غامقة. على سبيل المثال، إذا كنت تخبر المجلس بأن إعاقتك أصبحت دائمة الآن (المربع ي)، فإن المعلومات المطلوبة هي تقرير الطبيب الخاص بأقصى قدر من التحسن الطبي (MMI) / العجز الدائم (استمارة C-4.3).

يجب عليك إرسال نسخة من هذه الاستمارة إلى شركة التأمين (شركات التأمين)، أو مباشرة إلى صاحب العمل أو الطرف الإداري الثالث إذا كان صاحب العمل مؤتمناً ذاتيًا.

إذا كانت لديك أية مخاوف أخرى، فيمكنك الاتصال بمحامي المجلس عن العمال المصابين على الرقم **800-666-580**. يمكن الحصول على معلومات إضافية حول خدمات المجلس الأخرى على موقع المجلس: www.wcb.ny.gov. إذا كنت ترغب في متابعة حالة مطالبتك عبر الإنترنت، فيمكنك التسجيل للحصول على eCase باستخدام إرشادات التسجيل المتاحة على موقع مجلس الإدارة تحت رابط eCase.

يحق لك الحصول على التمثيل القانوني. لا يمكن للمحامي أن يطلب منك رسومًا مباشرة مقابل تمثيلك في دعوى تعويض العمال. إذا كان هناك تعويض في مطالبتك، يجب أن يوافق المجلس على أي طلب رسوم مقابل الخدمات القانونية وسيتم خصمه من تعويضك من قبل شركة التأمين ودفعها مباشرة إلى المحامي.

العلاج الطبي - الأدوية / المعدات الطبية المعمرة/العلاج/الفحص - تستخدم هذه الاستمارة عندما يتم رفض طلب طبي وكنت تطلب المساعدة من المجلس فيما يتعلق بأحد الأسباب المذكورة في المربع ح. إذا لم يتم طلب الإذن المسبق حتى الآن وكان يجب تقديمه، فيجب على مقدم الرعاية الصحية الخاص بك تقديم طلب إذن مسبق (PAR). يمكن العثور على المعلومات المتعلقة بتقديم طلبات الإذن المسبق أو الفواتير الطبية غير المدفوعة على موقع WCB الإلكتروني www.wcb.ny.gov.

سيخضع أي شخص لديه معرفة مسبقة ولديه نية الاحتيال يقدم أي معلومات تحتوي على أي بيانات مادية خطأ أو يخفي أي وقائع مادية أو يتسبب في تقديمها أو يقوم بإعدادها بمعرفة مسبقة أو يعتقد أنه سيتم تقديمها إلى شركة التأمين أو التأمين الذاتي لغرامات كبيرة والسجن.

يمثل هذا الإخطار لقانون حماية الخصوصية الشخصية في نيويورك (المادة 6-أ من قانون الموظفين العموميين) وقانون الخصوصية الفيدرالي لعام 1974 (5 U.S.C. § 552a). يستمد مجلس تعويض العمال (المجلس) سلطته لطلب أن يقدم العامل المصاب معلومات شخصية، بما في ذلك رقم الضمان الاجتماعي الخاص به من سلطة التحقيق للمجلس بموجب قانون تعويض العمال (WCL) § 20، وسلطته الإدارية بموجب WCL § 142. تُجمع هذه المعلومات لمساعدة المجلس في التحقيق في المطالبات وإدارتها بأسرع طريقة ممكنة ولمساعدته في الاحتفاظ بسجلات دقيقة للمطالبات. يُعد تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك إلى المجلس أمرًا تطوعيًا. لا توجد عقوبة لعدم تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك في هذه الاستمارة؛ حيث لن يؤدي ذلك إلى رفض مطالبتك أو تقليل المزايا. سيحافظ المجلس على سرية جميع المعلومات الشخصية التي بحوزته، وسيكشف عنها فقط تعزيرًا لواجباته الرسمية ووفقًا لقانون الولاية والقانون الفيدرالي المعمول به.