ولاية نيويورك
مجلس تعويضات العمال

سجل مقدِّم المطالبة لمصاريف العلاج الطبي والنقل وطلب التعويض

اسم مقدِّم المطالبة	رقم الحالة لدى مجلس تعويضات العمال	رقم الضمان الاجتماعي
عنوان محل الإقامة	عنوان البريد (إذا كان مختلفًا)	

فيما يتعلق بحالة تعويضات العمال الواردة أعلاه، يحق لك الحصول على تعويضات بشأن (1) الأدوية أو المستلزمات التي وصفها لك مقدِّم خدمة الرعاية الصحية الذي سددت له الرسوم بنفسك (2) والأجور أو رسوم المسافات المقطوعة بالسيارة أو النفقات اللازمة المتكبدة نظير النقل إلى أو من مكتب مقدِّم خدمة الرعاية الصحية أو المستشفى.

لمساعدتك في الاحتفاظ بسجل لمثل هذه النفقات، وفَّرنا هذا النموذج. من أجل المساعدة في ضمان تعويضك كما ينبغي، أدرج كل بند من بنود النفقات أدناه -- سواء حصلت على إيصال أم لا (احصل على إيصالات كلما أمكن). **أرسل النموذج المكتمل ونسخًا من جميع الإيصالات أو الفواتير إلى شركة التأمين المعنية بتغطية تعويضات العمال (أو إلى جهة العمل، إذا كانت هي جهة العمل المؤمنة تأمينًا ذاتيًا) وإلى مجلس تعويضات العمال.** (انظر عنوان المجلس الموجود في الوجه الخلفي للنموذج.) يُقترح أن تحتفظ بنسخة من الإيصالات والفواتير في سجلاتك.

طبيعة النفقات	التاريخ	المبلغ

يُتبع على الوجه الخلفي للنموذج.

طبيعة النفقات	التاريخ	المبلغ

مجلس تعويضات العمال في ولاية نيويورك
البريد المركزي
صندوق بريد رقم 5202
Binghamton, NY 13902-5205

عنوان تقديم المطالبة عبر البريد الإلكتروني: wcbclaimsfiling@wcb.ny.gov
www.wcb.ny.gov