

املأ هذا النموذج للتقدم بطلب للحصول على مزايا تعويض العمال بسبب إصابة عمل أو مرض مرتبط بالعمل.  
اكتب أو اطبع بدقة. يمكن أيضاً ملء هذا النموذج عبر الإنترنت في [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov).

رقم قضية WCB (إذا كنت تعرف ذلك): \_\_\_\_\_

### أ. معلوماتك (موظف)

1. الاسم: \_\_\_\_\_ الأول \_\_\_\_\_ الأوسط \_\_\_\_\_ الأخير
2. تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
3. العنوان البريدي: \_\_\_\_\_  
الرقم والشارع/صندوق البريد/رقم شقة \_\_\_\_\_ المدينة \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_
4. رقم الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 5. رقم الهاتف: \_\_\_\_\_ ( ) 6. الجنس:  ذكر  أنثى  غير ذلك
7. هل ستحتاج إلى مترجم إذا كان عليك حضور جلسة استماع لمجلس؟  نعم  لا إذا كانت الإجابة بنعم، لأي لغة؟ \_\_\_\_\_

### ب. صاحب العمل (أصحاب العمل)

1. صاحب العمل عند الإصابة: \_\_\_\_\_ 2. رقم الهاتف: \_\_\_\_\_ ( )
3. عنوان عملك: \_\_\_\_\_  
الرقم والشارع \_\_\_\_\_ المدينة \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_
4. تاريخ تعيينك: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 5. اسم مشرفك: \_\_\_\_\_
6. اذكر أسماء/عناوين أي صاحب عمل (أصحاب عمل) آخر في وقت إصابتك/مرضك: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. هل فقدت الوقت من العمل في الوظيفة (الوظائف) الأخرى نتيجة لإصابتك/مرضك؟  نعم  لا

### ج. وظيفتك في تاريخ الإصابة أو المرض

1. ما هو المسمى الوظيفي أو الوصف الوظيفي؟ \_\_\_\_\_
2. ما هي أنواع الأنشطة التي تؤديها عادة في العمل؟ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. هل كانت وظيفتك؟ (حدد واحدة)  دوام كامل  دوام جزئي  موسمي  تطوعي  غير ذلك: \_\_\_\_\_
4. ما هو إجمالي أجرك (قبل الضرائب) لكل فترة دفع؟ \_\_\_\_\_ 5. كم مرة كنت تتقاضى أجرًا؟ \_\_\_\_\_
6. هل تلقيت سكنًا أو إكراميات بالإضافة إلى راتبك؟  نعم  لا إذا كانت الإجابة بنعم، أوصف: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### د. إصابتك أو مرضك

1. تاريخ الإصابة أو تاريخ ظهور المرض: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 2. وقت الإصابة: \_\_\_\_\_ صباحًا  مساءً
3. أين حدثت الإصابة/المرض؟ (على سبيل المثال، 1 الشارع الرئيسي، Pottersville، عند الباب الأمامي) \_\_\_\_\_
4. هل كان هذا هو موقع عملك المعتاد؟  نعم  لا إذا كانت الإجابة بالنفي، لماذا كنت في هذا الموقع؟ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. ماذا كنت تفعل عندما أصبت أو مرضت؟ (على سبيل المثال، تفرغ شاحنة، وكتابة تقرير) \_\_\_\_\_
6. كيف حدثت الإصابة/المرض؟ (على سبيل المثال، تعثرت بأنيوب وسقطت على الأرض) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. اشرح بشكل كامل طبيعة إصابتك/مرضك؛ حدد أجزاء جسمك المتأثرة (على سبيل المثال، الكاحل الأيسر ملتوي وجرح في الجبين): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## د. إصابتك أو مرضك يُتبع

8. هل كان هناك شيء (على سبيل المثال، رافعة شوكية، مطرقة، حمض/أسيد) سبب في الإصابة/المرض؟  نعم  لا  
إذا كانت الإجابة بنعم، ماذا؟ \_\_\_\_\_

9. هل كانت الإصابة ناتجة عن استخدام أو تشغيل مركبة آلية مرخصة؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم،  مركبتك  مركبة صاحب العمل  مركبة أخرى رقم لوحة الترخيص (إذا كان معروفاً): \_\_\_\_\_  
إذا كانت سيارتك السبب، فقم بإعطاء اسم وعنوان شركة التأمين على السيارات الخاصة بك: \_\_\_\_\_

10. هل أعطيت صاحب العمل (أو المشرف) إخطاراً بالإصابة/المرض؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فقد تم توجيه الإخطار: \_\_\_\_\_ شفويًا  كتابةً  تاريخ الإخطار المعطى: / /

11. هل رأك أحد وأنت تُصاب؟  نعم  لا  مجهول  إذا كانت الإجابة بنعم، فقم بإدراج الأسماء: \_\_\_\_\_

## ه. العودة إلى العمل

1. هل توقفت عن العمل بسبب إصابتك/مرضك؟  نعم، في أي تاريخ؟ / /  لا، انتقل إلى القسم و.

2. هل عدت إلى العمل؟  نعم  لا  إذا كانت الإجابة بنعم، في أي تاريخ؟ / /  واجب منتظم  واجب محدود

3. إذا كنت قد عدت إلى العمل، فمن الذي تعمل معه الآن؟  نفس صاحب العمل  صاحب عمل جديد  على حسابك الخاص

4. ما هو إجمالي أجرك (قبل الضرائب) لكل فترة دفع؟ \_\_\_\_\_ كم مرة كنت تتقاضى أجرًا؟ \_\_\_\_\_

## و. العلاج الطبي لهذه الإصابة أو المرض

1. ما هو تاريخ علاجك الأول؟ / /  لم يتم تلقي أي علاج (انتقل إلى السؤال و-5)

2. هل عولجت في الموقع؟  نعم  لا

3. أين تلقيت أول علاج طبي خارج الموقع لإصابتك/مرضك؟  لم يتم تلقي أي علاج  غرفة الطوارئ

عيادة الطبيب  العيادة/المستشفى/الرعاية العاجلة  الإقامة في المستشفى على مدار 24 ساعة

اسم وعنوان المكان الذي عولجت فيه لأول مرة: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف: ( ) \_\_\_\_\_

4. هل ما زلت تتلقى العلاج من هذه الإصابة/المرض؟  نعم  لا

أعط اسم وعنوان الطبيب (الأطباء) الذي يعالجك لهذه الإصابة/المرض: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف: ( ) \_\_\_\_\_

5. هل تعرضت لإصابة أخرى في نفس الجزء من الجسم، أو مرض مماثل؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، هل عولجت من قبل الطبيب؟  نعم  لا  إذا كانت الإجابة بنعم، فقم بتقديم أسماء وعناوين الطبيب (الأطباء) الذي عالجتك  
وأكمل نموذج C-3.3 وقم بتقديمه مع هذا النموذج: \_\_\_\_\_

6. هل كانت الإصابة/المرض السابق متعلقًا بالعمل؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، هل كنت تعمل لدى نفس صاحب العمل الذي تعمل به الآن؟  نعم  لا

أقدم بموجب هذا بمطالبة للحصول على مزايا بموجب قانون تعويضات العمال. يؤكد توقيعك أن المعلومات التي أقدمها صحيحة ودقيقة وفق أفضل ما لدي من معرفة واعتقاد.

أي شخص يقوم، عن علم وبقصد، بتقديم أو التسبب في تقديم، أو التحضير بعلم أو اعتقاد بأنه سيتم تقديمه إلى، أو من قبل شركة التأمين، أو شركة التأمين الذاتي، أي معلومات تحتوي على أي بيان مادة زائف أو يخفي أي مادة في الواقع، يجب أن يكون مذنباً بارتكاب جريمة ويخضع لغرامات كبيرة وسجن.

توقيع الموظف: \_\_\_\_\_ الاسم مطبوع: \_\_\_\_\_ التاريخ: / /

نيابة عن الموظف: \_\_\_\_\_ الاسم مطبوع: \_\_\_\_\_ التاريخ: / /

لا يجوز للرد التوقيع نيابة عن الموظف إلا إذا كان مخولاً قانوناً للقيام بذلك وكان الموظف قاصراً أو غير كفء عقلياً أو عاجزاً.

أشهد على حد علمي ومعلوماتي واعتقادي، الذي تم تشكيله بعد تحقيق معقول في ظل الظروف، بأن الادعاءات والمسائل الواقعية الأخرى التي تم تأكيدها أعلاه لها دعم إثباتي، أو من المحتمل أن يكون لها دعم إثباتي بعد فرصة معقولة لمزيد من التحقيقات أو الاكتشاف.

توقيع المحامي/الممثل (إن وجد): \_\_\_\_\_ التاريخ: / /

الاسم مطبوع: \_\_\_\_\_ المسمى الوظيفي: \_\_\_\_\_

رقم الهوية، إن وجد: \_\_\_\_\_ R إذا كان الممثل المرخص، رقم الترخيص: \_\_\_\_\_ تاريخ انتهاء الصلاحية: \_\_\_\_\_

## تعليمات لاستكمال مطالبة الموظف (نموذج C-3)

يرجى ملء هذا النموذج وإرساله إلى العنوان البريدي المركزي لمجلس تعويضات العمال المدرج في نهاية هذه التعليمات. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة إضافية في إكمال هذا النموذج، فاتصل بمجلس تعويضات العمال على الرقم 1-877-632-4996. يمكنك أيضًا ملء هذا النموذج عبر الإنترنت على [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov). إذا لم يكن لديك أو تعرف رقم القضية الخاص بمجلس تعويضات العمال الخاص بك، فيرجى ترك هذا الحقل فارغًا. ليس مطلوبًا معالجة مطالبتك. تذكر أن تدخل اسمك وتاريخ إصابتك/مرضك في أعلى الصفحة الثانية.

### القسم أ - معلوماتك (الموظف):

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

### الإخطار وفقًا لقانون حماية الخصوصية الشخصية في نيويورك

#### قانون الموظفين العموميين المادة 6-أ) وقانون الخصوصية الاتحادي لعام 1974 (5 U.S.C. § 552a)

إن سلطة مجلس تعويضات العمال (المجلس) لطلب من المطالبين تقديم معلومات شخصية، بما في ذلك رقم الضمان الاجتماعي الخاص بهم، مستمدة من سلطة التحقيق للمجلس بموجب قانون تعويضات العمال § 20 (WCL)، وسلطته الإدارية بموجب § 142 WCL. يتم جمع هذه المعلومات لمساعدة المجلس في التحقيق في المطالبات وإدارتها بأسرع طريقة ممكنة ولمساعدته في الحفاظ على سجلات دقيقة للمطالبات. تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك إلى المجلس هو طوعي. لا توجد عقوبة على عدم تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك في هذا النموذج؛ لن يؤدي ذلك إلى رفض مطالبتك أو تخفيض المزايا. سيقوم المجلس بحماية سرية جميع المعلومات الشخصية التي بحوزته، والإفصاح عنها فقط لتعزيز واجباته الرسمية وفقًا لقانون الولاية والقانون الفيدرالي المعمول به.

### القسم ب - صاحب العمل (أصحاب العمل) الخاص بك:

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

### القسم ج - وظيفتك في تاريخ الإصابة أو المرض:

في القسم ج، أدخل المسمى الوظيفي وأنشطة العمل ومعلومات عن الأجر.

### القسم د - إصابتك أو مرضك:

في القسم د، أدخل معلومات الإصابة أو المرض الخاص بك.

البند 1: أدخل تاريخ إصابتك أو التاريخ الأول الذي لاحظت فيه أنك مرضت.

إذا كان هذا مرضًا أو مرضًا مهنيًا، فتخطى البند 2. يجب أن يكون تاريخ إصابتك بتتسيق الشهر/اليوم/السنة. يجب كتابة السنة على شكل أربعة أرقام، على سبيل المثال، 2015.

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

البند 3: الإشارة إلى الموقع الذي حدثت فيه الإصابة/المرض، بما في ذلك عنوان المبنى والموقع الفعلي في المبنى الذي حدثت فيه الإصابة/المرض.

البند 4: حدد مما إذا كان هذا هو موقع عملك العادي. إذا لم يكن الأمر كذلك، فأشرح سبب وجودك في هذا الموقع.

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

وهذا ما يفسر الأحداث التي أدت إلى الإصابة.

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

البند 7: الإشارة الكاملة إلى طبيعة ومدى إصابتك/مرضك، بما في ذلك جميع أجزاء الجسم المصابة. أذكر التفاصيل بقدر الإمكان (على سبيل المثال، قمت بإجهاد ظهري في محاولة لرفع صندوق ثقيل. من المؤلم الانحناء أو الاحتفاظ بأشياء أخف وزنًا الآن).

البند 8: الإشارة إلى ما إذا كان هناك شيء ما متورط في الحادث بخلاف مركبة مرخصة. قد تتضمن الأشياء الأخرى أداة (مثل المطرقة)، أو مادة كيميائية (مثل الحمض/الأسيد)، أو الآلات (على سبيل المثال، رافعة شوكية أو مكبس حفر)، إلخ.

البند 9: الإشارة إلى ما إذا كانت السيارة المرخصة متورطة في الحادث. إذا كان الأمر كذلك، فحدد مما إذا كانت السيارة المعنية هي سيارتك أو لصاحب العمل أو لطرف ثالث. قم بتضمين رقم لوحة الترخيص (إذا كان معروفًا). إذا كانت سيارتك متورطة، فقم بتعبئة اسم وعنوان شركة تأمين مسؤولية السيارات الخاصة بك.

البند 10: تحقق مما إذا كنت قد أعطيت صاحب العمل أو المشرف إخطارًا بإصابتك أو مرضك. إذا كان الأمر كذلك، فأشر إلى من وجهت إليه إخطارًا وكذلك ما إذا كان شفهيًا أو كتابيًا. قم بتضمين التاريخ الذي قدمت فيه إخطارًا.

البند 11: حدد مما إذا كان أي شخص آخر قد رأى الإصابة تحدث. إذا رآه أي شخص، فقم بتضمين اسمه (أسمائه).

### القسم هـ - العودة إلى العمل:

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

البند 2: إذا كنت قد عدت إلى العمل منذ ذلك الحين، فحدد نعم. حدد أيضًا التاريخ الذي بدأت فيه العمل مرة أخرى، وكذلك ما إذا كنت قد عدت إلى واجباتك العادية أو إذا كنت في مهمة محدودة أو مقيدة (إذا لم تكن قد عدت إلى واجبات العمل الكاملة قبل الإصابة أو المرض، فأنت في مهمة محدودة).

البند 3: إذا كنت قد عدت إلى العمل، فحدد مع من تعمل الآن.

البند 4: أدخل أجرك الإجمالي (قبل دفع الضريبة) لكل فترة دفع للوظيفة التي تعمل فيها الآن. حدد عدد المرات التي تتلقى فيها راتبًا (أسبوعيًا، نصف أسبوعي، إلخ).

## القسم و- العلاج الطبي لهذه الإصابة أو المرض:

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

**البند 2:** حدد مما إذا كنت قد عولجت لأول مرة في العمل من هذه الإصابة أو المرض.

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

**البند 4:** إذا كنت لا تزال تتلقى علاجًا مستمرًا لنفس الإصابة أو المرض، فحدد نوع وحدد اسم وعنوان الطبيب (الأطباء) الذي يقدم العلاج بالإضافة إلى رقم الهاتف (بما في ذلك رمز المنطقة)؛ خلاف ذلك، حدد لا.

**البند 5:** إذا كنت تعاني بالفعل من إصابة في نفس جزء الجسم أو مرض مماثل، فحدد نعم وحدد ما إذا كنت قد عولجت من قبل طبيب لهذه الإصابة أو المرض. إذا تم علاجك من قبل طبيب، فأشر إلى اسم (أسماء) وعنوان (عناوين) الطبيب (الأطباء) الذي قدم الرعاية وأكمل النموذج C-3.3 وقدمه مع هذا النموذج.

**البند 6:** إذا كنت تعاني من إصابة أو مرض سابق، فتتحقق مما إذا كانت إصابتك أو مرضك السابق مرتبطًا بالعمل. إذا كانت الإجابة بنعم، فحدد مما إذا كانت الإصابة أو المرض قد حدث أثناء العمل لدى صاحب العمل الحالي.

قم بتوقيع النموذج C-3 في المكان المخصص لتوقيع الموظف في الصفحة 2، واطبع اسمك، وأدخل تاريخ توقيعك على النموذج. إذا كان طرف ثالث يوقع نيابة عن الموظف، فيجب على هذا الشخص التوقيع على سطر التوقيع الثاني. إذا كان لديك تمثيل قانوني، فيجب على ممثلك إكمال وتوقيع قسم شهادة المحامي/الممثل في أسفل الصفحة 2.

## ما يجب على كل عامل فعله في حالة الإصابة أثناء العمل أو المرض المهني:

1. أخبر صاحب العمل أو المشرف على الفور متى وأين وكيف أصيبت.
2. تأمين الرعاية الطبية على الفور.
3. اطلب من طبيبك تقديم تقارير طبية إلى المجلس ومع صاحب العمل أو شركة التأمين الخاصة به.
4. قدم هذه المطالبة بالتعويض وأرسلها إلى أقرب مكتب لمجلس تعويضات العمال. (انظر أدناه) قد يؤدي عدم تقديم الطلب في غضون عامين من تاريخ الإصابة إلى رفض مطالبتك. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في إكمال هذا النموذج، فاتصل هاتفياً أو قم بزيارة أقرب مكتب لمجلس تعويضات العمال مدرج أدناه.
5. اذهب إلى جميع جلسات الاستماع عند إخطارك بالظهور.
6. العودة إلى العمل في أقرب وقت ممكن؛ فإن التعويض ليس أبداً ذي قيمة عالية مثل أجرك.

## حقوقك:

1. بشكل عام، يحق لك أن يتم علاجك من قبل طبيب من اختيارك، شريطة أن يكون مرخصاً من قبل المجلس. إذا كان صاحب العمل الخاص بك منخرطاً في ترتيب منظمة مقدم الرعاية المفضل (PPO)، فيجب عليك الحصول على العلاج الأولي من منظمة مقدم الرعاية المفضل 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 تكن قضيتك موضع نزاع. إذا كانت قضيتك متنازع عليها، يجب على الطبيب أو المستشفى الانتظار للدفع حتى يقرر المجلس في قضيتك. في حالة فشلك في مقاضاة قضيتك أو قرر المجلس ضدك، فسيتم عليك الدفع للطبيب أو المستشفى.
3. يحق لك أيضاً الحصول على تعويض عن الأدوية أو العكازات أو أي جهاز يصفه طبيبك بشكل صحيح ورسوم ركوب السيارات أو النفقات الضرورية الأخرى التي تكبدتها من وإلى عيادة طبيبك أو المستشفى. (احصل على إيصالات لمثل هذه النفقات.)
4. يحق لك الحصول على تعويض إذا كانت إصابتك تمنعك من العمل لأكثر من سبعة أيام، أو تجبرك على العمل بأجور أقل، أو تؤدي إلى إعاقة دائمة لأي جزء من جسمك.
5. ويدفع التعويض مباشرة ودون انتظار الحصول على الحكم، إلا في حالة التنازع على المطالبة.
6. يجوز للعمال المصابين أو المعالين من العمال المتوفين تمثيل أنفسهم في المسائل المعروضة على المجلس أو يجوز لهم الاستعانة بمحام أو ممثل مرخص له لتمثيلهم. إذا تم الاستعانة بمحام أو ممثل مرخص له، سيتم مراجعة أتعابه مقابل الخدمات القانونية من قبل المجلس وإذا تمت الموافقة عليها، فيجب دفعها من قبل صاحب العمل أو شركة التأمين ضمن أي مزاي تعويض مستحقة. يجب على العمال المصابين أو المعالين من العمال المتوفين عدم دفع أي شيء مباشرة إلى المحامي أو الممثل المرخص له الذي يمثلهم في قضية تعويض.
7. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العودة إلى العمل، أو في مشاكل عائلية أو مالية بسبب إصابتك، فاتصل بمكتب مجلس تعويضات العمال الأقرب إليك واطلب مستشاراً لإعادة التأهيل أو أخصائياً اجتماعياً.

يجب تقديم هذا النموذج عن طريق إرساله 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