

تعرضت للإصابة في العمل. ماذا الآن؟

إذا تعرضت للإصابة أو المرض في مكان العمل، يمكن أن تكون مؤهلاً للتمتع باستحقاقات تعويض للعاملين. ربما تلقيت بالفعل علاجًا طبيًا. إذا لم تتلقَ العلاج، ينبغي أن تطلب الحصول على الرعاية الطبية في أقرب وقت ممكن.

للمساعدة في تقديم مطالبتك، اتصل بهيئة تعويض العاملين (بشار إليها فيما يلي بالهيئة) على الرقم **632-4996 (877)**.

مسؤولياتك

- أخطر جهة العمل كتابيًا وبالتفصيل بوقت تعرضك للإصابة أو المرض ووقت حدوث ذلك وكيفية حدوث ذلك. افعل هذا في أقرب وقت ممكن في غضون 30 يومًا من الإصابة أو المرض. لا ترسل رسالة نصية، وبدلاً من ذلك أرسل خطابًا أو رسالة بريد إلكتروني أو مستندات أخرى يمكن حفظها أو طباعتها.
- أخطر مقدمي خدمات الرعاية الصحية بأنك تعرضت لإصابة أو مرض أثناء العمل واذكر اسم شركة التأمين المعنية بتغطية تعويضات العاملين لدى جهة العمل التي تعمل بها. إذا كنت لا تعرف اسم شركة التأمين التي تتعاقد معها جهة العمل التي تعمل بها، فاسأل جهة العمل أو تواصل مع الهيئة على الفور. سوف يقوم مقدم خدمات الرعاية الصحية بتقديم التقارير الطبية إلى الهيئة وإلى جهة العمل أو شركة التأمين. ينبغي تقديم تقرير طبي إلى الهيئة بالنيابة عنك للتمتع بالاستحقاقات الخاصة بك.
- **قَدِّم مطالبة عامل (نموذج C-3)** تخطر فيه الهيئة بتعرضك للإصابة أو المرض في أقرب وقت ممكن. يجب أن تخطر الهيئة بالإصابة أو المرض في غضون سنتين. إذا تعرضت للإصابة في الجزء نفسه من الجسم أو تعرضت للإصابة بمرض مشابه، يجب أيضًا أن تقدم إصدارًا محدودًا من المعلومات الصحية (نموذج C-3.3). لا تؤخذ الجنسية وحالة الهجرة في الحسبان في تعويض العاملين.

كيفية تقديم مطالبة

الطريقة الأسرع: تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني wcb.ny.gov واختر "تقديم مطالبة".

لترح أسئلة بشأن تقديم نموذج سي-3 أو لتلقي نسخة من النموذج، يرجى الاتصال بالرقم **632-4996 (877)**. سيساعدك أحد ممثلي الهيئة.

النفقات الطبية ونفقات السفر

إن الرعاية الطبية لعلاج الإصابة أو المرض المرتبطين بالعمل هي استحقاق تعويض للعاملين يُقدم لك مجانًا. تدفع شركة التأمين المعنية بتغطية تعويضات العاملين لدى جهة العمل التي تعمل بها رسوم الفواتير الطبية لإصابتك أو مرضك مباشرةً إلى مقدم خدمات الرعاية الصحية الخاص بك. إذا كانت قضيتك محل نزاع من شركة التأمين، فسيتم دفع الرسوم إلى مقدمي خدمات الرعاية الصحية إذا قررت الهيئة أن القضية في صالحك. لكن، إذا اتخذت الهيئة قرارًا ضدك أو إذا لم تقم دعوى، فسوف يتعين عليك دفع الرسوم إلى مقدم خدمات الرعاية الصحية أو المستشفى (أو إرسال الفاتورة (الفواتير) إلى جهة تأمين صحي خاصة بك).

يغطي تأمين تعويضات العاملين لدى جهة العمل التي تعمل بها الأدوية اللازمة من الناحية الطبية والمعدات التي يصفها مقدم خدمات الرعاية الصحية. يجوز أيضًا تعويضك عن نفقات الأميال المقطوعة أو المواصلات العامة أو النفقات الأخرى اللازمة المتكبدة عند السفر لتلقي العلاج. أرسل هذه النفقات (وتشمل الإيصالات إذا كان يتوفر لديك أي إيصال) إلى شركة التأمين المعنية بتغطية تعويضات العاملين لدى جهة العمل التي تعمل بها وإلى الهيئة في سجل مقدم المطالبة للنفقات الطبية ونفقات السفر وطلب التعويض (نموذج C-257).

بشكل عام، يمكنك اختيار أي مقدم خدمات الرعاية الصحية معتمد من الهيئة. يمكنك البحث عن مقدم معتمد لخدمات الرعاية الصحية في منطقتك باستخدام ميزة "البحث عن مقدم خدمات الرعاية الصحية" عبر الموقع الإلكتروني wcb.ny.gov. يمكنك أيضًا استخدام عيادات الصحة المهنية. لكن، إذا كانت لدى شركة التأمين المعنية بتغطية تأمينات العاملين لدى جهة العمل التي تعمل بها مؤسسة تقديم خدمات مفضلة (PPO) لتقديم الرعاية للإصابات التي تقع ضمن تعويضات العاملين، ينبغي أن تحصل على العلاج أولاً من شبكة مؤسسات تقديم الخدمات المفضلة (PPO). إذا كانت لدى شركة التأمين أيضًا صيدلية أو شبكة عيادات تشخيص، ينبغي أن تتلقى الخدمات في هذه الشبكات. تخبرك شركة التأمين بشبكات مقدمي الخدمات التابعة لها وكيفية استخدامها. لكن، في حالة الطوارئ، ينبغي أن تبحث عن أي مقدم للخدمات.

استحقاقات الأجور المفقودة

يحق لك الحصول على جزء من أجورك المفقودة، ويجب دفعه على الفور، إذا تسببت الإصابة أو المرض في التأثير فيك بطريقة أو أكثر من الطرق التالية:

1. تمنعك عن العمل لأكثر من سبعة أيام تقويمية؛
 2. تبين أن جزءاً من جسمك قد أصيب بإعاقة دائمة؛ و/أو
 3. تم تخفيض أجرك لأنك الآن تعمل عدد ساعات أقل أو تمارس عملاً آخر.
- بعد أن تتعافى من الإصابة أو المرض ولا يُتوقع حدوث تحسن طبي آخر (عادةً بعد عام من تاريخ الحادث/المرض أو العملية الجراحية، إذا تم إجراء عملية جراحية)، يمكن أن تطلب من طبيبك تقييم ما إذا كان الحادث/المرض قد تسبب في حدوث إصابة/حالة مرضية دائمة. لمعرفة المزيد بشأن هذا الاستحقاق، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني wcb.ny.gov، انقر على قسم "العاملين"، ثم اختر "فئات الإعاقة".
- يمكنك تعيين محام أو ممثل حاصل على ترخيص لمساعدتك في تقديم المطالبة، لكن ذلك ليس لازماً. لا ينبغي أن تدفع أنت أو أسرتك الرسوم مباشرةً إلى محاميك أو الممثل الحاصل على ترخيص. فرسومهما معتمدة من الهيئة وتُخصم من تعويضات الأجر المفقود الخاصة بك.
- إذا كانت قضيتك محل نزاع، يمكن أن تتلقى استحقاقات الإعاقة بينما تكون قضيتك رهن مراجعة الهيئة. لتلقي إشعار وإثبات المطالبة لاستحقاقات الإعاقة (نموذج DB-450)، تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني wcb.ny.gov؛ اتصل بالهيئة لطلب المساعدة أو تفضل بزيارة المكتب التابع لهيئة. إذا تم البت في القضية لصالحك، فسيتم اختتام استحقاقات من تعويضات الأجر المفقود الخاصة بك.

ما الخطوة التالية؟

ستتواصل شركة التأمين المعنية بتغطية تعويضات العاملين معك. إذا تمت الموافقة على مطالبتك، فسيتم دفع الرسوم إلى مقدمي خدمات الرعاية الصحية، وتبدأ في التمتع باستحقاقات الأجر المفقود. إذا كانت قضيتك تحتاج إلى عقد جلسة استماع، فستتواصل الهيئة معك. توجد موارد عبر الإنترنت متاحة لتسهيل عملية عقد جلسات الاستماع:

- **eCase**: يمكنك تحميل الوثائق المتعلقة بالقضية والاطلاع عليها عبر الإنترنت من خلال نظام eCase الخاص بالهيئة، الذي يُستخدم لتجهيز مطالبات العاملين المصابين. يجب أن تسجل في eCase عبر الموقع الإلكتروني wcb.ny.gov.
- **جلسات الاستماع الافتراضية**: لديك الخيار لحضور جلسات الاستماع دون الاضطرار إلى الانتقال إلى مكتب الهيئة من خلال استخدام جلسات الاستماع الافتراضية. تعرّف على المزيد بشأن جلسات الاستماع الافتراضية والتطبيق المجاني للهيئة عبر الموقع الإلكتروني wcb.ny.gov/virtual-hearings.

المساعدة متاحة

أحياناً تحتاج إلى مساعدة للعودة إلى العمل. ربما تتوفر لدى جهة العمل مهام عمل بديلة أو خفيفة تمكّنك من العمل في أثناء فترة تعافيك. يمكن أيضاً أن تسبب الإصابة أو المرض في حدوث مشكلات عائلية أو مالية. يتوفر لدى الهيئة مستشارون للتأهيل المدني واختصاصيون اجتماعيون للمساعدة. اتصل بالهيئة لمعرفة المزيد من المعلومات بشأن الخدمات المتاحة للمساعدة.

إذا كانت لديك مخاوف بشأن الأدوية المسكنة للألام، يرجى الاتصال بـ NYS OASAS HOPEline على الرقم **877-8-HOPENY (877-846-7369)**.

معلومات هامة بشأن جهة الاتصال

claims@wcb.ny.gov	(877) 632-4996	هيئة تعويضات العاملين
wcb.ny.gov		



**Workers'
Compensation
Board**

هيئة تعويضات العاملين في ولاية نيويورك

صندوق بريد رقم 5205

Binghamton, NY 13902-5205

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.

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

أتقدم 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. 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. قدّم 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 مطالبته. 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 أجره.

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، فسيبتعين 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 مزاياء 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

رقم قضية WCB (إذا كنت تعرف ذلك):

إلى صاحب المطالبة: إذا تلقيت علاجًا لإصابة سابقة في نفس الجزء من الجسم أو لمرض مشابه للمرض الموضح في مطالبتك الحالية، فقم بملء هذا النموذج. يسمح هذا النموذج لمقدمي الرعاية الصحية الذين تدرجهم أدناه بالإفصاح عن معلومات الرعاية الصحية حول إصابتك/مرضك السابق إلى شركة التأمين على تعويض العمال التابعة لصاحب العمل. ينص قانون HIPAA الفيدرالي (قانون قابلية التأمين الصحي والمساءلة لعام 1996) على أن لديك الحق في الحصول على نسخة من هذا النموذج. إذا كنت لا تفهم هذا النموذج، فتحدث إلى ممثلك القانوني. إذا لم يكن لديك ممثل قانوني، يمكن لمحامى العمال المصابين في مجلس تعويضات العمال مساعدتك. اتصل على: 800-580-6665.

إلى مقدم الرعاية الصحية: تسمح لك نسخة من هذا الإفصاح المتوافق مع HIPAA بالإفصاح عن المعلومات الصحية. إذا قمت بإرسال سجلات إلى شركة التأمين على تعويضات العمال التابعة لصاحب العمل استجابة لهذا الإفصاح، فقم أيضًا بإرسال نسخ البريد إلى الممثل القانوني لصاحب المطالبة. (إذا لم يكن هناك ممثل قانوني مدرج أدناه، فأرسل نسخًا إلى صاحب المطالبة.) يجب على مقدمي الرعاية الصحية الذين يصدرون السجلات اتباع قانون ولاية نيويورك و HIPAA.

هذا الإفصاح هو:

- **طوعي.** يجب أن يمنحك مقدم (مقدمو) الرعاية الصحية الخاص بك نفس الرعاية وشروط الدفع والمزايا، سواء وقعت على هذا النموذج أم لا.
- **محدود.** يمنح مقدم (مقدمي) الرعاية الصحية الإذن بإصدار السجلات الصحية المتعلقة بالمرض/ الحالة السابقة التي تصفها أدناه فقط.
- **مؤقت.** ينتهي عندما يتم إثبات مطالبتك الحالية بالتعويض أو عدم السماح بالتعويض واستنفاد جميع الطعون.
- **قابل للإلغاء.** يمكنك إلغاء هذا الإفصاح في أي وقت. للإلغاء، أرسل خطابًا إلى مقدم (مقدمي) الرعاية الصحية المدرجين في هذا النموذج. أيضًا، أرسل نسخة من رسالتك إلى شركة التأمين على تعويضات العمال التابعة لصاحب العمل ومجلس تعويضات العمال. ملاحظة: لا يجوز لك إلغاء هذا الإصدار فيما يتعلق بالسجلات الطبية المقدمة بالفعل.
- **للسجلات فقط.** يمنح مقدم (مقدمي) الرعاية الصحية المدرجين في هذا النموذج إذنًا بإرسال نسخ من سجلات الرعاية الصحية الخاصة بك إلى شركة التأمين على تعويضات العمال التابعة لصاحب العمل.

لا يسمح هذا النموذج لمقدم (مقدمي) الرعاية الصحية بالإفصاح عن الأنواع التالية من المعلومات:

- المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية
- ملاحظات العلاج النفسي
- علاج الكحول/ المخدرات
- علاج الصحة العقلية (ما لم تحدد أدناه)
- المعلومات اللفظية (قد لا يناقش مقدمو الرعاية الصحية معلومات الرعاية الصحية الخاصة بك مع أي شخص)

ستصبح أي سجلات طبية يتم الإفصاح عنها جزءًا من ملف تعويض العمال الخاص بك وتكون سرية بموجب قانون تعويضات العمال.

أ. معلوماتك (صاحب المطالبة)

1. الاسم: _____
2. رقم الضمان الاجتماعي: _____ - _____ - _____
3. العنوان البريدي: _____
4. تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____
5. تاريخ الإصابة/المرض الحالي: _____ / _____ / _____
6. الإصابة/المرض الحالي، بما في ذلك جميع أجزاء الجسم المصابة: _____
7. اسم ممثلك القانوني وعنوانه (إن وجد): _____

 حدد هنا مما إذا كنت تسمح لمقدم (مقدمي) الرعاية الصحية بالإفصاح عن معلومات رعاية الصحة العقلية.

ب. مقدم (مقدمو) الرعاية الصحية الخاص بك (أدرج جميع مقدمي الرعاية الصحية الذين عالجوك من إصابة سابقة في نفس جزء الجسم أو مرض مماثل. إذا أرفق أكثر من 2 من مقدمي الرعاية الصحية معلومات الاتصال الخاصة بهم بهذا النموذج.)

1. مقدم الرعاية: _____ رقم الهاتف: _____ ()
3. العنوان البريدي: _____
4. مقدم الرعاية آخر (إن وجد): _____ رقم الهاتف: _____ ()
6. العنوان البريدي: _____

ج. اقرأ وقع أدناه. أطلب بموجب هذا من مقدم (مقدمي) الرعاية الصحية المذكورين أعلاه إعطاء شركة التأمين على تعويضات العمال التابعة لصاحب العمل نسخًا من جميع السجلات الصحية المتعلقة بأي إصابة/مرض سابق، لجميع أجزاء الجسم، الموضحة أعلاه.

- توقيع صاحب المطالبة (بالحبر فقط - استخدم قلم حبر جاف أزرق، إن أمكن). التاريخ _____
- إذا كان صاحب المطالبة غير قادر على التوقيع، فيجب على الشخص الذي يوقع نيابة عنه/ عنها ملء وتوقيع ما يلي:
- اسم _____ صلة بصاحب المطالبة _____ التاريخ _____
- التوقيع (بالحبر فقط - استخدم قلم حبر جاف أزرق، إن أمكن). التاريخ _____

C-3.1

ولاية نيويورك مجلس تعويض العمال

إخطار حق اختيار مقدم الرعاية الصحية المُعتمد من مجلس تعويض العمال

اسم الموظف المصاب	رقم الضمان الاجتماعي للموظف المصاب	تاريخ الحادث
اسم صاحب العمل وعنوانه		

إلى الموظف المصاب:

بخصوص علاج الإصابة أو المرض ذات الصلة بعملك، يجوز لك اختيار أي من الأطباء، أو اختصاصيي علاج القدم، أو اختصاصيي تقويم العظام أو الأطباء النفسيين (لدى الإحالة من طبيب مُعتمد) المُعتمدين من مجلس تعويض العمال والذين يقبلون مرضى تعويض العمال.

بينما يجوز لك اختيار استخدام شبكة أو مقدم رعاية موصى به من قبل صاحب العمل أو شركة تأمين تعويض العمال التي يتبعها أو السماح لصاحب العمل الخاص بك باختيار مقدم رعاية نيابة عنك، يجوز لك، في أي وقت، تغيير مقدم الرعاية الصحية الخاص بك بدون الإضرار بمطالبة الاستحقاقات التأمينية الخاصة بتعويض العمال.

توقيع الموظف المصاب	التاريخ	توقيع الشاهد	التاريخ
---------------------	---------	--------------	---------

الرجاء ملاحظة: ليس من الضروري بالنسبة لك التوقيع على نموذج الموافقة هذا إذا كان صاحب العمل (1) يشارك في منظمة مقدم رعاية مُفضَّل معتمدة (PPO) بموجب المادة 10-A من قانون تعويض العمال، أو (2) يشارك في البرنامج التجريبي لفض النزاع البديل (ADR) بموجب القسم 25 (2-c) من قانون تعويض العمال. ووفقًا لهذه البرامج القانونية، باستثناء حالات الطوارئ، يجب أن تحصل على علاج أولي على الأقل لأي إصابة أو مرض يستوجب تعويض العمال من الشبكة (الشبكات) المعتمدة أو مقدمي الرعاية المُعتمدين من قبل صاحب العمل.

إلى صاحب العمل:

يجب على صاحب العمل تزويد الموظف المصاب المذكور أعلاه بنسخة من هذا النموذج المُوقَّع والاحتفاظ بالنموذج الأصلي في سجلات صاحب العمل حيث يجوز لمجلس تعويض العمال فحصه في أي وقت. لا يُقدَّم هذا النموذج إلى مجلس تعويض العمال ولا يتم تنفيذه قبل حدوث إصابة أو مرض متعلق بعمل هذا الموظف.

يوظَّف مجلس تعويض العمال ذوي الإعاقة ويقدم خدماته إليهم دون تمييز.

الإخطار بشأن فوائد صيدليات تعويض العمال

يرجى قراءة هذا الإشعار بعناية. وذلك يزودك بمعلومات هامة حول الحصول على الدواء بموجب مطالبة تعويض العمال لدى صندوق تأمين ولاية نيويورك (نيسيف)

أبرمت نيسيف اتفاقية مع سي في أس كيرمارك ، مدير فوائد الصيدلة التي لديها شبكة من الصيدليات لإتاحة الأدوية التي قد يتلقاها العمال بسبب إصابتهم أو مرضهم بالمعمل. هذا لا يغير حقك في الحصول على الأدوية اللازمة لعلاج مثل هذا المرض أو الإصابة. وذلك مما يدل فقط على أنه يجب عليك الحصول على هذا الدواء من صيدلية مشاركة في شبكة صيدليات كيركومب التي تديرها سي في أس كيرمارك. لا تقتصر هذه الشبكة على صيدليات سي في أس ، ولكنها تضم أكثر من 67000 صيدلية مشاركة. يمكن الحصول على الصيدليات وعناوينها عن طريق:

• الاتصال بمركز اتصال سي في أس كيرمارك على **(866) 493-1640** ، أو رقم تي دي دي لضعاف السمع على **(866) 200-2161**

• باستخدام موقع www.wcrxpharmacylocator.com

• باستخدام موقع نيسيف على الويب nysif.com/networkbenefits

إذا كنت تحصل على الأدوية الخاصة بك من خلال مطالبة تعويض العمال ، فيجب عليك الحصول على هذا الدواء من إحدى هذه الصيدليات إلا إذا:

- لديك حالة طبية طارئة وليس من الممكن بشكل معقول شراء الأدوية التي تحتاجها لهذه الحالة الطارئة من صيدلية تابعة للشبكة ، أو
- الطلب عن طريق البريد أو الهاتف ليس خيارًا في الشبكة ، ولن تقوم أي صيدلية في الشبكة بتوصيله إليك ، ولا توجد أي من هذه الصيدليات في نطاق 15 ميلاً إذا كنت تعيش في منطقة ريفية ، أو خمسة أميال إذا كنت لا تعيش فيها موقع ريفي. إذا كنت تعتقد أن هذا هو الحال بالنسبة لك ، فيرجى الاتصال بأحد الأرقام الموجودة أدنى هذه الصفحة

يرجى منك ملاحظة أن سي في أس كيرمارك يوجد لديها خدمات الطلب عبر البريد والإنترنت والهاتف. يمكن الحصول على التعليمات عن طريق الاتصال بمركز سي في أس كيرمارك على الرقم **(866) 493-1640** .

يُطلب من جميع الصيدليات في الشبكة أن تحتفظ بمخزون كافٍ من الأدوية في متناول اليد حتى يتمكنوا من خدمتك دون تأخير لا داعي له.

يجب أن تكون جميع الصيدليات الموجودة في المتجر مفتوحة للعمل خلال الساعات المعتادة في مجتمعك.

ستقوم الصيدليات في شبكة صيدليات كومب كير بإرسال فاتورة إلى نيسيف مباشرةً. لن تضطر إلى دفع تكاليف الدواء من جيبك.

يمكنك الحصول على معلومات إضافية حول شبكة صيدليات كومب كير عن طريق الاتصال برقم الهاتف المجاني المتاح على مدار الساعة **(866) 493-1640** .

إذا كانت لديك أي أسئلة أو مشاكل ، يرجى الاتصال بـ نيسيف على الرقم **(888) 875-5790**. يمكنك أيضًا الاتصال بمجلس تعويض العمال في ولاية نيويورك على general_information@wcb.ny.gov أو **(877) 632-4996** ، أو محامي العمال المصابين على **(800) 580-6665** . ويمكنك أيضًا العثور على مزيد من المعلومات من خلال زيارة الموقع www.wcb.ny.gov.

حامل بوليصة - يرجى النشر بشكل واضح

معلومات هامة من معرف خدمات الوصفات الطبية المؤقتة لتعويض العمال

انتباه العامل المصاب

يجب تقديم نموذج معرف خدمات الوصفات الطبية المؤقتة لتعويضات العمال إلى الصيدلي الخاص بك عند ملء الوصفة (الوصفات) الأولية الخاصة بك. إذا كانت لديك أسئلة أو تحتاج إلى تحديد موقع صيدلية مشاركة ، فيرجى الاتصال بخدمة عملاء CVS Caremark (سي في اس كيير مارك) على الرقم 1-866-493-1640

الصيدلي / صاحب العمل - عند اكتمال النموذج ، يرجى إرساله بالفاكس إلى (سي في اس كيير مارك) على الرقم 1-866-493-1640

ستتم إضافة معلومات المدعي بواسطة سي. في. أس. كييرمارك. للسماح ببدء المداواة . يمكن إضافة هذه المعلومات بالاتصال الهاتفي أيضا بالرقم 1-866-493-1640.

مجموعة # نيسيف	صندوق تأمين ولاية نيويورك
اسم صاحب العمل المصاب:	اسم صاحب العمل:
الأول	الانتباه: يجب إدخال جميع المعلومات في الفراغات أدناه.
التوسط	رقم سياسة تعويض العمال الخاصة بصاحب العمل في NYSIF
الأخير	العنوان البريدي للعامل المصاب:
شارع	تاريخ الإصابة: ____ / ____ / ____ (شهر / يوم / سنة)
رمز المدينة و الولاية،	تاريخ ميلاد العامل المصاب:
رقم الضمان الاجتماعي للعامل المصاب:	____ / ____ / ____ (شهر / يوم / سنة)
	مكتب المساعدة: هذا برنامج POS من خلال سي في اس كييرمارك فقط. للحصول على المساعدة ، يرجى الاتصال بمكتب مساعدة سي في اس كييرمارك على رقم 866.493.1640

لعناية / الصيدلي:

يتم إدارة برنامج الوصفات الطبية الخاص ب نيسيف بواسطة سي في اس كييرمارك. يرجى اتباع خطوات العمل المذكورة أدناه لإدخال المطالبة. هذه الخطوات مطلوبة لتقديم وصفة طبية لمطالبي نيسيف

الخطوة 1	أدخل رقم الحاوية 610235
الخطوة 2	أدخل بي سي أن: ديليو آر كيه
الخطوة 3	الهوية: رقم الضمان الاجتماعي للعامل المصاب

هل تحتاج إلى المساعدة؟ أيتها الصيدلاني ، إذا كانت لديك أي أسئلة أثناء معالجة المطالبة ، يرجى الاتصال بمكتب المساعدة الخاص ب سي في اس كييرمارك على الرقم 1-866-493-1640

احصل على تعويضات العاملين لديك عن طريق
الإيداع المباشر!

إيداع مباشر صندوق تأمين ولاية نيويورك

يقدم صندوق تأمين ولاية نيويورك تسهيل إيداع مباشر للمطالبين للحصول على فوائد تعويض العمال. بالتعاون مع مؤسستك المالية ، يمكن لـ صندوق تأمين ولاية نيويورك إيداع مدفوعات الفوائد مباشرة في حسابك المصرفي. يمكنك حتى اختيار توزيع مدفوعاتك بين حسابين مصرفيين (بالنسبة المنوية)

التاريخ: 23/11/2020
ادفع لصالح السيد/ة: \$
الدولار
رقم الشيك: 123
رقم الحساب: 0000123456789
رقم التوصيل: 044072324

متطلبات نوع الحساب

يجب عليك إيداع دفعاتك في حساب جاري أو حساب توفير. أكمل جميع المعلومات الواردة في استمارة الإيداع المباشر ، بما في ذلك رقم التوجيه المصرفي ورقم الحساب (انظر الشكل التوضيحي). اتصل بالمصرف الذي تتعامل معه إذا كنت بحاجة إلى مساعدة.

الإلغاء

تظل هذه الاتفاقية سارية المفعول حتى يتم إلغاؤها. لإلغاء الاتفاقية الخاصة بك ، قم بزيارة nysif.com ، وقم بالتسجيل كمطالب ، وحدد خيار "إلغاء الاشتراك من الإيداع المباشر". بالإضافة إلى ذلك ، يمكنك الإلغاء عن طريق الاتصال بمدير حالة صندوق تأمين ولاية نيويورك الخاص بك على nysif.com باستخدام روابطنا السريعة لـ "الحصول على مساعدة المطالبات" قد يتم إلغاء هذه الاتفاقية أيضا بواسطة صندوق تأمين ولاية نيويورك أو من قبل مؤسستك المالية. في كلتا الحالتين ، سنتلقى شيكات لاحقة عبر البريد. قد تستغرق معالجة الإلغاء ما يصل إلى ثلاثة أسابيع.

تغييرات في حسابك

أنت مسؤول عن إخطار صندوق تأمين ولاية نيويورك إذا كانت هناك أي تغييرات على معلومات حسابك المصرفي (تغيير رقم الحساب ، المؤسسة المالية ، إلخ). قم بإخطار صندوق تأمين ولاية نيويورك عن طريق تقديم طلب إيداع مباشر جديد ، متاح على nysif.com

إذا قمت بتغيير الحسابات أو المؤسسات المالية ، فيجب عليك الاحتفاظ بحسابك القديم حتى يتلقى حسابك الجديد دفعة الإيداع المباشر التالية. إذا لم يتم الاحتفاظ بالحساب القديم ، فقد تواجه تأخيرا في السداد حتى يتم تفعيل تفويض الإيداع المباشر الجديد.

التحقق الدوري

قد يتصل بك صندوق تأمين ولاية نيويورك بشكل دوري للتحقق من صحة المعلومات المتعلقة بحساب الإيداع المباشر الخاص بك. إذا لم يعد المدفوع لأمره يعيش ، قم بإخطار صندوق تأمين ولاية نيويورك على الفور.

صندوق تأمين ولاية نيويورك طلب

تفويض الإيداع المباشر

لتلقي الإيداع المباشر من الفوائد ، أكمل هذه الاستمارة بالكامل وأعدّه إلى العنوان أدناه. لمزيد من المعلومات حول حقوقك فيما يتعلق بالإيداع المباشر ، انتقل إلى nvsif.com/directdeposit. يجب إكمال جميع الحقول من أجل التسجيل في الإيداع المباشر.

الاسم (الأول، المتوسط، الأخير)

رقم مطالبة تعويض عمال صندوق تأمين ولاية نيويورك

عنوان المنزل: (لا تستخدم صندوق البريد):

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

البريد الإلكتروني: _____ الهاتف: _____

أدخل جميع المعلومات ، بما في ذلك رقم حسابك ورقم التوصيل المصرفي. اتصل بمؤسستك المالية إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في إكمال هذا القسم. اختياري: إذا كنت ترغب في تقسيم مدفوعاتك بين حسابين مصرفيين ، فأكمل مجموعتي الحقول المتعلقة بالمصرف. يجب أن تكون نسبة التوزيع الإجمالية ١٠٠% (على سبيل المثال ، ٧٥% في الحساب رقم ١ و ٢٥% في الحساب رقم ٢). إذا أصبح حسابك المصرفي غير متاح في أي وقت ، فسيتم إرسال المبلغ المستحق دفعه عبر شبك ورقي.

حساب الإيداع المباشر رقم #١ (اختر إما التحقق أو التوفير): [] التحقق [] توزيع المدخرات _____ % من الشيك

اسم المؤسسة المالية:

التوصيل # _____ الحساب # _____

حساب الإيداع المباشر رقم #٢ (اختر إما التحقق أو التوفير): [] التحقق [] توزيع المدخرات _____ % من الشيك

اسم المؤسسة المالية:

التوصيل # _____ الحساب # _____

المودع / المدفوع له والتفويض

بتوقيع هذه الاستمارة ، أفوض صندوق تأمين ولاية نيويورك بتوجيه المدفوعات إلى المؤسسة (المؤسسات) المالية المذكورة أعلاه للإيداع في الحساب (الحسابات) المعين. أشهد بأنه لي الحق للحصول على مدفوعات التعويض الأساسية أو عائدات التسوية ، ولم تتغير الظروف التي تمنحني فوائد من صندوق تأمين ولاية نيويورك. في حالة تغير الظروف التي من شأنها أن تؤثر على استحقاق تلقي المدفوعات ، يجب علي إن أحيط صندوق تأمين ولاية نيويورك علماً. أنني على علم بأنه لتقديم طلب للإيداع المباشر ، يجب علي أن أقدم عنوان بريد إلكتروني . أوافق على تلقي إشعارات إلكترونية على عنوان البريد الإلكتروني المقدم بتقديم هذا الطلب.

التوقيع: _____ تاريخ: _____

أرسل الاستمارة المكتملة عبر البريد إلى:
صندوق تأمين ولاية نيويورك ص.ب ٦٦٦٩٩
ألبي ، نيويورك ١٢٢٠٦