

# لقد تعرضت لإصابة في العمل. ماذا الآن؟

إذا كنت قد عانيت من إصابة أو مرض في مكان العمل، فقد تكون مؤهلاً للحصول على تعويضات العمال. ربما تكون قد تلقيت العلاج الطبي بالفعل. إذا لم تكن قد تلقيت أي علاج، فعليك طلب الرعاية الطبية في أسرع وقت ممكن. للحصول على المساعدة بشأن مطالبتك، اتصل بمجلس تعويضات العمال (المجلس) على الرقم 632-4996 (877).

## مسؤولياتك

- أبلغ صاحب العمل كتابياً بالتفصيل عن زمان ومكان وكيفية إصابتك أو مرضك. افعل ذلك في أقرب وقت ممكن خلال 30 يوماً من الإصابة أو المرض. لا ترسل إشعاراً نصياً، بل أرسل رسالة أو بريدًا إلكترونيًا أو أي وثيقة أخرى يمكن حفظها أو طباعتها.
- أخبر مقدمي الرعاية الصحية بأن لديك إصابة أو مرضًا متعلقًا بالعمل وقدم لهم اسم شركة التأمين الخاصة بتعويضات العمال لدى صاحب العمل. إذا كنت لا تعرف اسم شركة التأمين الخاصة بصاحب العمل، فاسأل صاحب العمل أو اتصل بالمجلس على الفور. سيقوم مقدم الرعاية الصحية الخاص بك بتقديم التقارير الطبية إلى المجلس وإلى صاحب العمل أو شركة التأمين الخاصة به. يجب تقديم تقرير طبي إلى المجلس لتتمكن من الحصول على مزاياك.
- قدم "مطالبة الموظف" (C-3 نموذج) للإبلاغ للمجلس بإصابتك أو مرضك في أسرع وقت ممكن. يجب عليك إخطار المجلس بإصابتك أو مرضك في غضون عامين. إذا كنت قد أصبت بنفس الجزء من الجسم من قبل، أو كان لديك مرض مماثل، فيجب عليك أيضًا تقديم إفصاح محدود عن المعلومات الصحي (نموذج C-3.3).
- حالة المواطنة والهجرة ليست عوامل في تعويضات العمال.

## كيفية تقديم مطالبة

الطريقة الأسرع: زر الموقع [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov) واختر "تقديم مطالبة".

للسئلة حول تقديم نموذج C-3، أو للحصول على نسخة من النموذج، يُرجى الاتصال بالرقم (877) 632-4996. سيساعدك ممثل من المجلس.

## النفقات الطبية ونفقات السفر

الرعاية الطبية لعلاج إصابتك أو مرضك المتعلق بالعمل هي إحدى مزايا تعويضات العمال التي تُقدم مجانًا لك. تُدفع الفواتير الطبية لإصابتك أو مرضك مباشرةً من قبل شركة التأمين الخاصة بتعويضات العمال لدى صاحب العمل إلى مقدم الرعاية الصحية الخاص بك. إذا قامت شركة التأمين بالطعن في قضيتك، فسيتم دفع مستحقات مقدمي الرعاية الصحية إذا قرر المجلس لصالحك. ومع ذلك، إذا قرر المجلس ضدك، أو إذا لم تتابع القضية، فسيتم عليك دفع مستحقات مقدم الرعاية الصحية أو المستشفى (أو تقديم الفاتورة/الفواتير إلى شركة التأمين الصحي الخاصة بك). يغطي تأمين تعويضات العمال لدى صاحب العمل الأدوية والمعدات الضرورية طبيًا التي يصفها مقدم الرعاية الصحية الخاص بك. قد يتم تعويضك أيضًا عن الأميال المقطوعة، أو النقل العام، أو النفقات الضرورية الأخرى التي تتكبدها عند السفر لتلقي العلاج. قدم هذه النفقات (بما في ذلك الإيصالات إذا كانت لديك) إلى شركة التأمين الخاصة بتعويضات العمال لدى صاحب العمل وإلى المجلس على "سجل المطالب بتكاليف السفر والعلاج وطلب التعويض" (نموذج C-257).

بشكل عام، يمكنك اختيار أي مقدم رعاية صحية معتمد من قبل المجلس. يمكنك البحث عن مقدم رعاية صحية معتمد في منطقتك باستخدام خاصية "البحث عن مقدمي الرعاية الصحية" على الموقع الإلكتروني [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov). يمكنك أيضًا الاستعانة بالعيادات الصحية المهنية. ومع ذلك، إذا كانت شركة التأمين الخاصة بتعويضات إصابات العمل لدى صاحب العمل تعتمد على شبكة مقدمي خدمات مفضلة (PPO) لتقديم الرعاية لإصابات العمل، فيجب أن تتلقى العلاج الأول من خلال هذه الشبكة. وإذا كانت شركة التأمين لديها أيضًا شبكة صيدليات أو شبكة تشخيص، فيجب عليك الحصول على الخدمات من خلال هذه الشبكات. يجب على شركة التأمين إبلاغك بشبكات مقدمي الخدمة المطلوبة وكيفية استخدامها. ولكن في حالات الطوارئ، يمكنك زيارة أي مقدم خدمة.

### تعويضات الأجر المفقودة

يحق لك الحصول على جزء من الأجر التي فقدتها، والتي يجب أن تُدفع على الفور، إذا أثرت إصابتك أو مرضك عليك بإحدى الطرق التالية:

1. منعك من العمل لأكثر من سبعة أيام تقويمية.
  2. تحديد أن جزءًا من جسمك أصبح مصابًا بعجز دائم؛ و/أو
  3. انخفاض راتبك لأنك تعمل الآن عدد ساعات أقل أو تقوم بعمل آخر.
- بعد أن تتعافى من إصابتك أو مرضك، وعندما لا يُتوقع أي تحسن طبي إضافي (عادةً بعد عام واحد من تاريخ الحادث/المرض أو الجراحة، إذا أجريت)، يمكنك أن تطلب من طبيبك تقييم ما إذا كان حادثك/مرضك قد أدى إلى إصابة/حالة دائمة. لمعرفة المزيد حول هذه الميزة، يرجى زيارة [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov)، واضغط على قسم "العمال"، ثم اختر "تصنيفات العجز".
- لمعرفة المزيد حول هذه الميزة، يُرجى زيارة [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov)، واضغط على قسم "العمال"، ثم اختر "تصنيفات العجز". يجب عليك أنت أو عائلتك عدم دفع أتعاب المحامي أو الممثل المرخص مباشرة. يتم اعتماد أتعابهم من قبل المجلس وخصمها من مبلغ تعويض الأجر المفقودة.
- إذا كانت قضيتك قيد النزاع، فقد تتلقى مزايا العجز أثناء انتظار مراجعة القضية من قبل المجلس. للحصول على "إشعار وإثبات مطالبة بمزايا العجز" (نموذج DB-450)، يمكنك زيارة [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov)، أو الاتصال بالمجلس للحصول على المساعدة، أو زيارة أحد مكاتب المجلس. إذا تم حل القضية لصالحك، سيتم خصم مزايا العجز من مبلغ تعويض الأجر المفقودة.

### ما هي الخطوة التالية؟

سننتصل بك شركة التأمين الخاصة بتعويضات العمال. إذا تم قبول مطالبتك، سيتم دفع مستحقات مقدمي الرعاية الصحية، وستبدأ مزايا تعويض الأجر المفقودة. إذا كانت قضيتك تتطلب جلسة استماع، سيتصل بك المجلس. هناك موارد متاحة عبر الإنترنت لتسهيل عملية جلسات الاستماع:

- نظام eCase: يمكنك تحميل وعرض الوثائق المتعلقة بالقضية عبر الإنترنت من خلال نظام eCase التابع للمجلس، والذي يُستخدم لمعالجة مطالبات العمال المصابين. يجب عليك التسجيل في eCase على الموقع [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov).
- جلسات الاستماع الافتراضية: لديك خيار حضور جلسات الاستماع دون الحاجة إلى السفر إلى أحد مكاتب المجلس من خلال استخدام جلسات الاستماع الافتراضية. تعرف على المزيد حول جلسات الاستماع الافتراضية وتطبيق المجلس المجاني على [wcb.ny.gov/virtual-hearings](http://wcb.ny.gov/virtual-hearings).

### المساعدة متاحة

أحيانًا تحتاج إلى المساعدة للعودة إلى العمل. قد يكون لدى صاحب العمل مهام بديلة أو خفيفة يمكنك من العمل أثناء تعافيك. يمكن أن تسبب الإصابة أو المرض أيضًا مشاكل عائلية أو مالية. للمجلس مستشارون للتأهيل المهني وأخصائيو اجتماعيون للمساعدة. اتصل بالمجلس للحصول على مزيد من المعلومات حول الخدمات المتاحة وللمساعدة.

إذا كنت قلقًا بشأن الاعتماد على الأدوية المسكنة للألم الأفيونية، يُرجى الاتصال بخط المساعدة التابع لـ NYS OASAS HOPELine على الرقم

**HOPENY (877-846-7369)-8-877**

### معلومات الاتصال المهمة

<a href="mailto:claims@wcb.ny.gov">claims@wcb.ny.gov</a>	(877) 632-4996	مجلس تعويضات العمال
<a href="http://wcb.ny.gov">wcb.ny.gov</a>		

مجلس  
تعويضات  
العمال



مجلس تعويضات العمال في ولاية نيويورك  
صندوق بريد 5205  
بينغهامتون، نيويورك 5205-13902

ولاية نيويورك - مجلس تعويضات العمال  
املأ هذا النموذج لتقديم طلب للحصول على تعويضات العمال بسبب إصابة في العمل أو مرض متعلق بالعمل. اكتب أو  
اطبع بوضوح. يمكن ملء هذا النموذج عبر الإنترنت أيضًا على الموقع الإلكتروني [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov).

رقم القضية لدى مجلس تعويضات العمال (إذا كنت تعرفه): \_\_\_\_\_

### A. بياناتك (الموظف)

1. الاسم: \_\_\_\_\_  
الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، اسم العائلة
2. تاريخ الميلاد: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
3. عنوان المراسلات: \_\_\_\_\_  
الرقم والشمارع/صندوق بريد/رقم الشقة، المدينة، الولاية، الرمز البريدي
4. رقم الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_  
6. الجنس: ذكر  أنثى  غير محدد
7. هل ستحتاج إلى مترجم إذا كان عليك حضور جلسة استماع للمجلس؟ نعم  لا إذا كانت الإجابة نعم، فما هي اللغة؟ \_\_\_\_\_

### B. صاحب عملك/أصحاب عملك

1. صاحب العمل وقت الإصابة: \_\_\_\_\_ الهاتف: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
3. عنوان عملك: \_\_\_\_\_  
الرقم والشمارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي
4. تاريخ تعيينك: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ اسم مشرفك: \_\_\_\_\_
6. اذكر أسماء/عناوين أي صاحب عمل آخر وقت إصابتك/مرضك: \_\_\_\_\_

7. هل فقدت وقتًا من العمل في الوظائف الأخرى نتيجة لإصابتك/مرضك؟ نعم  لا

### C. وظيفتك في تاريخ الإصابة أو المرض

1. ما كان المسمى الوظيفي أو وصف وظيفتك؟ \_\_\_\_\_
2. ما هي أنواع الأنشطة التي كنت تؤديها عادةً في العمل؟ \_\_\_\_\_
3. هل كانت وظيفتك؟ (اختر واحدًا)  دوام كامل  دوام جزئي  موسمي  تطوعي  أخرى: \_\_\_\_\_
4. ما كان إجمالي راتبك (قبل الضرائب) لكل فترة دفع؟ \_\_\_\_\_ 5. كم مرة كنت تتقاضى راتبك؟ \_\_\_\_\_
6. هل تلقيت سكنًا أو إكراميات بالإضافة إلى راتبك؟ نعم  لا  إذا كانت الإجابة نعم، فصف ذلك: \_\_\_\_\_

### D. إصابتك أو مرضك

1. تاريخ الإصابة أو تاريخ بداية المرض: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 2. وقت الإصابة: \_\_\_\_\_ صباحًا  مساءً
3. أين حدثت الإصابة/المرض؟ (مثال: 1 شارع ماين، بوترزفيل، عند الباب الأمامي) \_\_\_\_\_
4. هل كان هذا هو موقع عملك المعتاد؟ نعم  لا  إذا كانت الإجابة لا، فلماذا كنت في هذا الموقع؟ \_\_\_\_\_
5. ماذا كنت تفعل عندما تعرضت للإصابة أو المرض؟ (مثال: تفريغ شاحنة، كتابة تقرير) \_\_\_\_\_
6. كيف حدثت الإصابة/المرض؟ (مثال: تعثرت في أنبوب وسقطت على الأرض) \_\_\_\_\_
7. اشرح طبيعة إصابتك/مرضك بالتفصيل؛ واذكر أجزاء الجسم المتأثرة (مثال: التواء في الكاحل الأيسر وجرح في الجبهة): \_\_\_\_\_



## د. إصابتك أو مرضك (تابع)

8. هل كان هناك جسم (مثال: رافعة شوكية، مطرقة، حمض) له علاقة بالإصابة/المرض؟  نعم  لا إذا كانت الإجابة نعم، فما هو؟

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

إذا كانت الإجابة نعم،  مركبتك  مركبة صاحب العمل  مركبة أخرى  رقم لوحة الترخيص (إذا كان معروفًا):

إذا كانت مركبتك متورطة، فاذكر اسم وعنوان شركة التأمين على المركبات الخاصة بك:

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

إذا كانت الإجابة "نعم"، فهل أعطيت الإشعار:  شفهيًا  كتابةً تاريخ إعطاء الإشعار: / /

11. هل رأى أحد وقوع إصابتك؟  نعم  لا  غير معروف إذا كانت الإجابة "نعم"، اذكر الأسماء:

## E. العودة إلى العمل

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

2. هل عدت إلى العمل؟  نعم  لا إذا كانت الإجابة "نعم"، في أي تاريخ؟ / / العمل الاعتيادي  عمل محدود

3. إذا عدت إلى العمل، فمن هو صاحب عملك الآن؟  نفس صاحب العمل  صاحب عمل جديد  أعمل لحسابي الخاص

4. كم هو إجمالي راتبك (قبل الضرائب) لكل فترة دفع؟ كم مرة تتقاضى راتبك؟

## F. العلاج الطبي لهذه الإصابة أو المرض

1. ما هو تاريخ أول علاج تلقته؟ / / لم يتم تلقي أي علاج (انتقل إلى السؤال F-5)

2. هل عولجت في موقع العمل؟  نعم  لا

3. أين تلقيت أول علاج طبي خارج موقع العمل لإصابتك/مرضك؟  لم يتم تلقي أي علاج  غرفة الطوارئ  عيادة طبيب

عيادة/مستشفى/ رعاية عاجلة  إقامة في المستشفى لأكثر من 24 ساعة

اسم وعنوان المكان الذي تلقيت فيه العلاج الأول:

رقم الهاتف: ( )

4. هل ما زلت تتلقى علاجًا لهذه الإصابة/المرض؟  نعم  لا

اذكر اسم وعنوان الطبيب (الأطباء) الذين يعالجونك من هذه الإصابة/المرض:

رقم الهاتف: ( )

5. هل سبق أن تعرضت لإصابة أخرى في نفس الجزء من الجسم، أو لمرض مشابه؟  نعم  لا إذا كانت الإجابة نعم، هل عولجت من قبل طبيب؟  نعم  لا الذين عالجوك وأكمل وقدم النموذج C-3.3 مع هذا النموذج:

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

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

بموجب هذا، أقدم مطالبة للحصول على المزايا بموجب قانون تعويضات العمال. يؤكد توقيعك أن المعلومات التي أقدمها صحيحة ودقيقة على حد علمي واعتقادي.

أي شخص يقدم عن قصد وبنيّة الاحتيال، أو يتسبب في تقديم، أو يُعد بمعرفة أو اعتقاد بأنه سيتم تقديمه إلى، أو من قبل شركة تأمين، أو مؤمن ذاتي، أي معلومات تحتوي على أي بيان مادي كاذب أو يخفي أي حقيقة مادية، يُعتبر مذنبًا بجريمة ويخضع لغرامات كبيرة وعقوبة السجن.

توقيع الموظف: \_\_\_\_\_

الاسم بالكامل: \_\_\_\_\_

التاريخ: / /

نيابة عن الموظف: \_\_\_\_\_

الاسم بالكامل: \_\_\_\_\_

التاريخ: / /

يمكن للفرد التوقيع نيابة عن الموظف فقط إذا كان مخولًا قانونيًا للقيام بذلك وكان الموظف قاصرًا، أو غير مؤهل عقليًا، أو فاقدًا للأهلية.

أقر بأفضل ما لدي من معرفة ومعلومات واعتقاد، تم تكوينها بعد تحقيق معقول في ظل الظروف، بأن الادعاءات والمسائل الواقعية الأخرى المذكورة أعلاه لها دعم إثباتي، أو من المحتمل أن يكون لها دعم إثباتي بعد فرصة معقولة لإجراء مزيد من التحقيقات أو الاستكشافات.

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

الاسم بالكامل: \_\_\_\_\_

التاريخ: / /

المنصب: \_\_\_\_\_

رقم الهوية، إن وجد: R \_\_\_\_\_ إذا كان ممثلًا مرخصًا، رقم الترخيص: \_\_\_\_\_ تاريخ انتهاء الصلاحية: / /

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

يُرجى إكمال هذا النموذج وإرساله إلى عنوان البريد المركزي لمجلس تعويضات العمال المذكور في نهاية التعليمات. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة إضافية في إكمال هذا النموذج، اتصل بمجلس تعويضات العمال على الرقم 1-877-632-4996. يمكنك أيضاً ملء هذا النموذج عبر الإنترنت على [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov) إذا لم يكن لديك أو لا تعرف رقم قضيتك لدى مجلس تعويضات العمال، يرجى ترك هذا الحقل فارغاً. لا يلزم لإجراء مطالبتك. تذكر إدخال اسمك وتاريخ إصابتك/مرضك في أعلى الصفحة الثانية.

### القسم أ - بياناتك (الموظف):

في القسم أ، أدخل اسمك وعنوانك والبيانات الأخرى المطلوبة. ملاحظة على البند 7: تُجرى جلسات استماع المجلس باللغة الإنجليزية. إذا كنت بحاجة إلى مترجم، اختر "نعم" وحدد اللغة المطلوبة.

### إشعار بموجب قانون حماية الخصوصية الشخصية في نيويورك

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

تأتي سلطة مجلس تعويضات العمال (المجلس) في طلب تقديم معلومات شخصية من المطالبين، بما في ذلك رقم الضمان الاجتماعي الخاص بهم، من سلطة المجلس في التحقيق بموجب قانون تعويضات العمال § 20 (WCL)، وسلطته الإدارية بموجب قانون تعويضات العمال § 142. يتم جمع هذه المعلومات لمساعدة المجلس في التحقيق في المطالبات وإدارتها بأسرع طريقة ممكنة، وللمساعدة في الاحتفاظ بسجلات مطالبات دقيقة. تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك إلى المجلس هو أمر طوعي. لا توجد عقوبة لعدم تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك في هذا النموذج؛ ولن يؤدي ذلك إلى رفض مطالبتك أو تقليل المزايا. سيقوم المجلس بحماية سرية جميع المعلومات الشخصية التي بحوزته، ولن يكشف عنها إلا في إطار أداء واجباته الرسمية ووفقاً للقانونين المعمول بهما في الولاية والقانون الفيدرالي.

### القسم ب - صاحب عملك/أصحاب عملك:

في القسم ب، أدخل اسم وعنوان ورقم هاتف ومعلومات أخرى عن صاحب العمل الذي كنت تعمل لديه وقت الإصابة/المرض. ملاحظة: صاحب العمل هو الشركة أو الهيئة التي تصدر شيك راتبك. إذا كنت متعاقدًا في موقع عمل أو مكتب، فإن وكالة التوظيف أو المورد الذي وظفك هو صاحب العمل، وليس موقع العمل أو المكتب الذي تذهب إليه للعمل.

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

في القسم ج، أدخل المسمى الوظيفي الخاص بك، والأنشطة التي تقوم بها في العمل، ومعلومات الراتب.

### القسم د - إصابتك أو مرضك:

في القسم د، أدخل معلومات إصابتك أو مرضك.

- البند 1: أدخل تاريخ الإصابة أو أول تاريخ لاحظت فيه أنك أصبحت مريضاً. إذا كان هذا مرضاً أو مرضاً مهيناً، فتخط البند 2. يجب أن يكون تاريخ بصيغته الشهر/اليوم/السنة. يجب كتابة السنة بأربعة أرقام، على سبيل المثال، 2015.
- البند 2: أدخل الوقت الذي وقعت فيه الإصابة. اختر ما إذا كان صباحاً أو مساءً.
- البند 3: اذكر الموقع الذي حدثت فيه الإصابة/المرض، بما في ذلك عنوان المبنى والموقع الفعلي داخل المبنى حيث حدثت الإصابة/المرض.
- البند 4: اختر ما إذا كان هذا هو موقع عملك المعتاد. إذا لم يكن كذلك، اشرح لماذا كنت في هذا الموقع.
- البند 5: صف بالتفصيل ما كنت تفعله وقت الإصابة/المرض (على سبيل المثال، تفريغ صناديق من شاحنة يدوياً). يوضح هذا الأحداث التي أدت إلى الإصابة.
- البند 6: صف بالتفصيل كيف حدثت الإصابة/المرض (على سبيل المثال، كنت أرفع صندوقاً ثقيلًا من شاحنة). يجب أن يتضمن ذلك جميع الأشخاص والأحداث المشاركين في الإصابة/المرض.
- البند 7: وضح بشكل كامل طبيعة إصابتك/مرضك ونطاقها، بما في ذلك جميع أجزاء الجسم المصابة. كن محددًا قدر الإمكان (على سبيل المثال، لقد أجهدت ظهري أثناء محاولتي رفع صندوق ثقيل. الآن يؤلمني الانحناء أو حمل حتى الأشياء الأخف وزناً).
- البند 8: وضح ما إذا كان هناك شيء آخر متسببًا في الحادث بخلاف مركبة آلية مرخصة. قد تشمل الأشياء الأخرى أداة (مثل المطرقة)، مادة كيميائية (مثل الحمض)، آلة (مثل الرافعة الشوكية أو المثقاب)، إلخ.
- البند 9: وضح ما إذا كانت هناك مركبة آلية مرخصة متسببة في الحادث. إذا كان الأمر كذلك، فحدد ما إذا كانت المركبة المعنية هي مركبتك، أو مركبة صاحب العمل، أو مركبة طرف ثالث. قم بتضمين رقم لوحة الترخيص (إذا كان معروفًا). إذا كانت مركبتك متسببة، فاملأ اسم وعنوان شركة التأمين على السيارات الخاصة بك.
- البند 10: اختر ما إذا كنت قد أبلغت صاحب العمل أو المشرف على إصابتك أو مرضك. إذا كان الأمر كذلك، فحدد من أبلغته، وما إذا كان الإبلاغ شفهيًا أم كتابيًا. ضمن/أضف التاريخ الذي أرسلت فيه الإشعار.
- البند 11: تحقق مما إذا كان أي شخص آخر قد رأى الإصابة تحدث. إذا كان هناك من رأى ذلك، قم بإدراج اسمه (أسمائهم).

### القسم ج - العودة إلى العمل:

- البند 1: إذا توقفت عن العمل نتيجة لإصابة/مرض متعلق بالعمل، حدد "نعم" ووضح تاريخ توقفك عن العمل. إذا لم تتوقف عن العمل، حدد "لا" وتخطي إلى القسم التالي.
- البند 2: إذا عدت إلى العمل منذ ذلك الحين، حدد "نعم". وضح أيضًا التاريخ الذي بدأت فيه العمل مرة أخرى، وما إذا كنت قد عدت إلى مهامك العادية أو كنت تقوم بمهام محدودة أو مقيدة. (إذا لم تكن قد عدت إلى مهام عملك الكاملة التي كنت تقوم بها قبل الإصابة أو المرض، فأنت تقوم بمهام محدودة).
- البند 3: إذا عدت إلى العمل، وضح الجهة التي تعمل لديها الآن.
- البند 4: أدخل إجمالي راتبك (الراتب قبل خصم الضرائب) لكل فترة دفع مقابل الوظيفة التي تعمل بها الآن. وضح عدد المرات التي تتلقى فيها راتبك (أسبوعيًا، كل أسبوعين، إلخ).

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

- البند 1: إذا لم تتلق علاجًا طبيًا لهذه الإصابة/المرض، حدد "لم يتم تلقي أي علاج" وتخطى إلى العنصر 5. بخلاف ذلك، أدخل تاريخ تلقيك العلاج لأول مرة لهذه الإصابة/المرض وأكمل بقية هذا القسم.
- البند 2: حدد ما إذا كنت قد عولجت لأول مرة في مكان العمل لهذه الإصابة أو المرض.
- البند 3: حدد الموقع الذي تلقيت فيه العلاج الطبي الأول خارج الموقع لإصابتك أو مرضك. أدخل اسم وعنوان المنشأة ورقم الهاتف (بما في ذلك رمز المنطقة).
- البند 4: إذا كنت لا تزال تتلقى علاجًا مستمرًا لنفس الإصابة أو المرض، حدد "نعم" ووضح اسم وعنوان الطبيب (الأطباء) الذي يقدم العلاج ورقم الهاتف (بما في ذلك رمز المنطقة)؛ بخلاف ذلك، حدد "لا".
- البند 5: إذا كانت لديك إصابة سابقة في نفس الجزء من الجسم أو مرض مماثل، حدد "نعم" ووضح ما إذا كنت قد عولجت من قبل طبيب لهذه الإصابة أو المرض. إذا عولجت من قبل طبيب، وضح اسم (أسماء) وعنوان (عناوين) الطبيب (الأطباء) الذي قدم الرعاية، ثم قم بملء وتقديم النموذج C-3.3 مع هذا النموذج.
- البند 6: إذا كانت لديك إصابة أو مرض سابق، فحدد ما إذا كانت إصابتك أو مرضك السابق مرتبطًا بالعمل. إذا كانت الإجابة "نعم"، فحدد ما إذا كانت الإصابة أو المرض قد حدث أثناء العمل لدى صاحب العمل الحالي.

وقع على 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، يجب على هذا الشخص التوقيع على سطر التوقيع الثاني. إذا كان لديك تمثيل قانوني، يجب على ممثلك إكمال وتوقيع قسم شهادة المحامي/الممثل في أسفل الصفحة 2.

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

- أخبر صاحب العمل أو المشرف على الفور متى وأين وكيف أصبت.
- احصل على رعاية طبية على الفور.
- اطلب من طبيبك إرسال التقارير الطبية إلى المجلس وإلى صاحب العمل أو شركة التأمين الخاصة به.
- قم بملء طلب التعويض هذا وأرسله إلى أقرب مكتب لمجلس تعويضات العمال. (انظر أدناه). قد يؤدي عدم التقديم في غضون عامين بعد تاريخ الإصابة إلى رفض مطالبتك. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في ملء هذا النموذج، فاتصل هاتفياً أو قم بزيارة أقرب مكتب لمجلس تعويضات العمال المذكور أدناه.
- اذهب إلى جميع الجلسات عند إخطارك بالحضور.
- عد إلى العمل بمجرد أن تتمكن من ذلك؛ فالتعويض ليس أبداً بنفس مستوى أجرك.

## حقوقك:

- بشكل عام، يحق لك أن تتلقى العلاج من طبيب من اختيارك، بشرط أن يكون مرخصاً ومعتمداً من قبل المجلس. إذا كان صاحب العمل مشتركاً في ترتيب مع منظمة مزود مفضل (PPO)، فيجب عليك الحصول على العلاج الأولي من مزود الرعاية المعين ضمن هذه الشبكة، والذي تم اختياره لتقديم خدمات الرعاية الصحية المتعلقة بإصابات تعويضات العمال.
- يحظر عليك دفع أي مبالغ لطبيبك أو المستشفى. إذا لم تكن هناك منازعة على مطالبتك، فسيسدد شركة التأمين فواتير العلاج مباشرة. أما إذا كانت مطالبتك محل نزاع، فيجب على الطبيب أو المستشفى انتظار قرار المجلس بشأن قضيتك قبل استلام الدفع. في حال عدم متابعتك لقضيتك أو إذا قرر المجلس ضدك، سيتعين عليك دفع رسوم الطبيب.
- يحق لك أيضاً استرداد نفقات الأدوية، أو العكازات، أو أي جهاز طبي يصفه طبيبك بشكل قانوني، بالإضافة إلى أجور المواصلات أو أي مصاريف ضرورية للذهاب والإياب من وإلى عيادة الطبيب أو المستشفى. (يرجى الاحتفاظ بإيصالات هذه النفقات.)
- يحق لك الحصول على تعويض مالي إذا: منعتك الإصابة من العمل لأكثر من سبعة أيام؛ أو أجبرتك على العمل مقابل أجر أقل؛ أو تسببت في عجز دائم في أي جزء من جسمك.
- يتم دفع التعويض مباشرة وبدون انتظار قرار، إلا في حالة وجود نزاع في المطالبة.
- يمكن للعمال المصابين أو ورثة العمال المتوفين تمثيل أنفسهم في المسائل المعروضة على المجلس أو يمكنهم الاستعانة بمحامٍ أو ممثل مرخص لتمثيلهم. إذا تم الاستعانة بمحامٍ أو ممثل مرخص، فسيقوم المجلس بمراجعة رسومهم مقابل الخدمات القانونية، وإذا تمت الموافقة عليها، فسيتم دفعها من قبل صاحب العمل أو شركة التأمين من أي مزايا تعويض مستحقة. يجب على العمال المصابين أو ورثة العمال المتوفين عدم دفع أي شيء مباشرة للمحامي أو الممثل المرخص الذي يمثلهم في قضية تعويض.
- في حال كنت بحاجة إلى دعم للعودة إلى العمل، أو واجهت مشكلات عائلية أو مالية بسبب الإصابة، يُرجى التواصل مع أقرب مكتب لمجلس تعويضات العمال وطلب التحدث مع مرشد إعادة تأهيل أو أخصائي اجتماعي.

يجب تقديم هذا النموذج عن طريق إرساله مباشرة إلى العنوان المذكور أدناه: مجلس تعويضات العمال بولاية

نيويورك

صندوق البريد المركزي رقم

5205

بينغهامتون، نيويورك 5205-13902

رقم خدمة العملاء المجاني: 4996-632-877

رقم قضية مجلس تعويضات العمال (إن كنت تعرفه): \_\_\_\_\_

للمطالب: إذا تلقيت علاجاً لإصابة سابقة في نفس الجزء من الجسم أو مرض مشابه للمذكور في مطالبتك الحالية، فاملأ هذا النموذج. يُتيح هذا النموذج لمقدمي الرعاية الصحية الذين تذكرهم أدناه الإفصاح عن معلومات صحية تتعلق بإصابتك أو مرضك السابق لشركة تأمين تعويضات إصابات العمل الخاصة بصاحب عملك. ينص القانون الفيدرالي HIPAA (قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة لعام 1996) على أن لك الحق في الحصول على نسخة من هذا النموذج. إذا لم تفهم هذا النموذج، فتحدث إلى ممثلك القانوني. إذا لم يكن لديك ممثل قانوني، يمكن للمحامي عن العمال المصابين في مجلس تعويضات العمال مساعدتك. اتصل على: 6665-580-800.

إلى مقدم الرعاية الصحية: تُجيز نسخة من نموذج الإفصاح هذا المتوافق مع قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة (HIPAA) الإفصاح عن المعلومات الصحية. إذا أرسلت سجلات إلى شركة التأمين الخاصة بتعويضات العمال لدى صاحب العمل استجابةً لهذا الإفراج، فأرسل نسخاً أيضاً إلى الممثل القانوني للمطالب. (إذا لم يكن هناك ممثل قانوني مدرج أدناه، فأرسل النسخ إلى المطالب). يجب على مقدمي الرعاية الصحية الذين يفصحون عن السجلات اتباع قانون ولاية نيويورك وقانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة (HIPAA).

هذا الإفراج هو:

- **طوعي.** يجب على مقدم (مقدمي) الرعاية الصحية الخاص بك أن يمنحك نفس الرعاية وشروط الدفع والمزايا، سواء وقعت على هذا النموذج أم لا.
- **محدود.** إنه يمنح مقدم (مقدمي) الرعاية الصحية الخاص بك الإذن بالإفراج فقط عن تلك السجلات الصحية المتعلقة بالمرض/الحالة السابقة التي تصفها أدناه.
- **مؤقت.** ينتهي عندما يتم إثبات مطالبتك الحالية بالتعويض أو رفضها واستنفاد جميع الاستئنافات.
- **قابل للإلغاء.** يمكنك إلغاء هذا الإفراج في أي وقت. للإلغاء، أرسل خطاباً إلى مقدم (مقدمي) الرعاية الصحية المدرج (المدرجين) في هذا النموذج. أيضاً، أرسل نسخة من خطابك إلى شركة تأمين تعويضات العمال الخاصة بصاحب العمل ومجلس تعويضات العمال. ملاحظة: لا يمكنك إلغاء هذا الإفراج فيما يتعلق بالسجلات الطبية التي تم تقديمها بالفعل.
- **للسجلات فقط.** إنه يمنح مقدم (مقدمي) الرعاية الصحية المدرج (المدرجين) في هذا النموذج الإذن بإرسال نسخ من سجلات الرعاية الصحية الخاصة بك إلى شركة تأمين تعويضات العمال الخاصة بصاحب العمل.

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

- المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)
- ملاحظات العلاج النفسي
- علاج الكحول/المخدرات
- علاج الصحة العقلية (ما لم تحدد أدناه)
- المعلومات الشفهية (لا يجوز لمقدمي الرعاية الصحية الخاصين بك مناقشة معلومات الرعاية الصحية الخاصة بك مع أي شخص)

ستصبح أي سجلات طبية يتم الإفراج عنها جزءاً من ملف تعويضات العمال الخاص بك وتكون سرية بموجب قانون تعويضات العمال.

**A. معلوماتك (المطالب)**

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 وعنوان ممثلك القانوني (إن وجد): \_\_\_\_\_

ضع علامة هنا إذا سمحت لمقدم (مقدمي) الرعاية الصحية الخاص بك بالإفراج عن معلومات الرعاية الصحية العقلية.

**B. مقدمو الرعاية الصحية الخاص بك** (أدرج جميع مقدمي الرعاية الصحية الذين عالجوك من إصابة سابقة في نفس الجزء من الجسم أو مرض مشابه. إذا كان هناك أكثر من مقدمي خدمة، فقم بإرفاق معلومات الاتصال الخاصة بهم بهذا النموذج).

مقدم الخدمة:

1. رقم الهاتف: \_\_\_\_\_
2. رقم الهاتف: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
3. العنوان البريدي: \_\_\_\_\_
4. مقدم خدمة آخر (إن وجد): \_\_\_\_\_
5. رقم الهاتف: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
6. العنوان البريدي: \_\_\_\_\_

**C. اقرأ وقع أدناه.** أطلب بموجب هذا أن يقوم مقدم (مقدمو) الرعاية الصحية المدرج (المدرجون) أعلاه بإعطاء شركة تأمين تعويضات العمال الخاصة بصاحب العمل نسخاً من جميع السجلات الصحية المتعلقة بأي إصابة/مرض سابق، لجميع أجزاء الجسم، الموصوفة أعلاه.

توقيع المطالب (بالحبر فقط - استخدم قلم جاف أزرق، إذا أمكن).

التاريخ

إذا كان المطالب غير قادر على التوقيع، يجب على الشخص الذي يوقع نيابة عن المطالب ملء وتوقيع ما يلي:

العلاقة بالمطالب

التوقيع (بالحبر فقط - استخدم قلم جاف أزرق، إذا أمكن).

التاريخ

# C-3.1

## ولاية نيويورك مجلس تعويضات العمال

إشعار بالحق في اختيار مقدم رعاية صحية معتمد  
من مجلس تعويضات العمال

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

### إلى الموظف المصاب:

لعلاج إصابتك أو مرضك المرتبط بالعمل، يمكنك اختيار أي طبيب أو أخصائي أقدام أو مقوم عظام أو طبيب نفسي (بناءً على إحالة من طبيب معتمد) يكون معتمداً من مجلس تعويضات العمال ويقبل مرضى تعويضات العمال.

بينما يمكنك اختيار استخدام شبكة أو مقدم خدمة يوصي به صاحب العمل أو شركة التأمين الخاصة بتعويضات العمال أو السماح لصاحب العمل باختيار مقدم خدمة نيابة عنك، يمكنك في أي وقت تغيير مقدم الرعاية الصحية الخاص بك دون تعريض مطالبتك بمزايا تعويضات العمال للخطر.

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

يُرجى ملاحظة: ليس من الضروري لك التوقيع على نموذج الموافقة هذا إذا كان صاحب العمل (1) يشارك في منظمة مزود مفضل معتمدة (PPO) بموجب المادة A-10 من قانون تعويضات العمال، أو (2) يشارك في برنامج الطيار للحل البديل للنزاعات (ADR) بموجب القسم 25(2-ج) من قانون تعويضات العمال. وفقاً لهذه البرامج القانونية، باستثناء حالات الطوارئ، يجب عليك الحصول على العلاج الأولي على الأقل لأي إصابة أو مرض من تعويضات العمال من الشبكة (الشبكات) المعتمدة أو مقدمي الخدمة المعيّنين من قبل صاحب العمل.

### إلى صاحب العمل:

يجب على صاحب العمل تزويد الموظف المصاب المذكور أعلاه بنسخة من هذا النموذج الموقع، والاحتفاظ بالنموذج الأصلي في سجلات صاحب العمل حيث يمكن لمجلس تعويضات العمال فحصه في أي وقت. لا يجوز تقديم هذا النموذج إلى مجلس تعويضات العمال، ولا يجوز تنفيذه قبل وقوع إصابة أو مرض هذا الموظف المتعلق بالعمل.

يعمل مجلس تعويضات العمال ويخدم الأشخاص ذوي الإعاقة دون تمييز.

## إشعار بخصوص مزايا صيدلية تعويضات العمال

يُرجى قراءة هذا الإشعار بعناية. إنه يزودك بمعلومات مهمة حول الحصول على الأدوية بموجب مطالبة تعويضات العمال مع صندوق تأمين ولاية نيويورك (NYSIF).

أبرم NYSIF اتفاقية مع CVS Caremark، مدير مزايا الصيدليات ((PBM)، الذي يمتلك شبكة من الصيدليات لإتاحة الأدوية التي قد يتلقاها العمال لإصابتهم أو مرضهم المتعلق بالعمل. هذا لا يغير حقك في الحصول على الأدوية اللازمة لعلاج مثل هذا المرض أو الإصابة. إنه يعني فقط أنه يجب عليك الحصول على هذا الدواء من صيدلية مشاركة في شبكة صيدليات CareComp التي تديرها CVS Caremark. هذه الشبكة لا تقتصر على صيدليات CVS، ولكنها تشمل أكثر من 67,000 صيدلية مشاركة. يمكن الحصول على الصيدليات وعناوينها عن طريق:

• الاتصال بمركز اتصال CVS Caremark على الرقم **(866) 493-1640**، أو رقم TDD لضعاف السمع على الرقم **(866) 200-2161**

• استخدام الموقع الإلكتروني <https://nysif.wcrxportal.com/Pharmacy/Index>

• استخدام موقع NYSIF [nysif.com/networkbenefits](https://nysif.com/networkbenefits)

إذا كنت تحصل على دوائك من خلال مطالبة تعويضات العمال، يجب عليك الحصول على هذا الدواء من إحدى هذه الصيدليات ما لم:

- كان لديك حالة طبية طارئة ولم يكن من الممكن بشكل معقول شراء الأدوية التي تحتاجها لتلك الحالة الطارئة من صيدلية الشبكة، أو
- لم يكن الطلب عبر البريد أو الهاتف خيارًا في الشبكة، ولم تقم أي صيدلية في الشبكة بالتوصيل إليك، ولم تكن أي من هذه الصيدليات على بعد 15 ميلًا إذا كنت تعيش في منطقة ريفية، أو خمسة أميال إذا كنت لا تعيش في منطقة ريفية. إذا كنت تعتقد أن هذا هو الحال بالنسبة لك، يُرجى الاتصال بأحد الأرقام الموجودة في أسفل هذه الصفحة.

يُرجى ملاحظة أن CVS Caremark لديها خدمات طلب عبر البريد والإنترنت والهاتف. يمكن الحصول على التعليمات عن طريق الاتصال بمركز اتصال CVS Caremark على الرقم **(866) 493-1640**.

يُطلب من جميع الصيدليات في الشبكة الاحتفاظ بمخزون كافٍ من الأدوية في متناول اليد حتى يتمكنوا من خدمتك دون تأخير لا مبرر له. يجب أن تكون جميع الصيدليات داخل المتجر مفتوحة للعمل خلال ساعات تكون نموذجية في مجتمعك.

سنتقوم الصيدليات في شبكة صيدليات CareComp بإرسال الفواتير إلى NYSIF مباشرة. لن تُضطر إلى دفع تكاليف الأدوية من مالك الخاص.

يمكنك الحصول على معلومات إضافية حول شبكة صيدليات CareComp عن طريق الاتصال بالرقم المجاني المتاح على مدار 24 ساعة: **(866) 493-1640**.

إذا كانت لديك أي أسئلة أو مشاكل، يُرجى الاتصال بـ NYSIF على الرقم **(888) 875-5790**. يمكنك أيضًا الاتصال بمجلس تعويضات العمال لولاية نيويورك على [general\\_information@wcb.ny.gov](mailto:general_information@wcb.ny.gov) أو **(877) 632-4996**، أو بالمحامي عن العمال المصابين على الرقم **(800) 580-6665**. يمكنك أيضًا العثور على مزيد من المعلومات من خلال زيارة [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov)

**حامل البوليصا - يُرجى النشر بشكل واضح**

## هوية خدمات الوصفات الطبية المؤقتة لتعويضات العمال معلومات هامة

### تنبيه للعامل المصاب

يجب تقديم نموذج هوية خدمات الوصفات الطبية المؤقتة لتعويضات العمال هذا إلى الصيدلي عند صرف الوصفة (الوصفات) الأولية.  
إذا كانت لديك أسئلة أو احتجت إلى تحديد موقع صيدلية مشاركة، يُرجى الاتصال بخدمة عملاء CVS Caremark على الرقم 1-866-493-1640.

الصيدلي/صاحب العمل - عند اكتمال النموذج، يُرجى إرساله بالفاكس إلى CVS Caremark: 1-866-493-1640

ستتم إضافة معلومات المطالب من قبل CVS Caremark للسماح بمعالجة الأدوية. يمكن أيضًا الإبلاغ عن هذه المعلومات عبر الهاتف بالاتصال على الرقم 1-866-493-1640.

رقم المجموعة: NYSIF	صندوق تأمين ولاية نيويورك
تنبيه: يجب إكمال جميع العناصر أدناه. اسم العامل المصاب:	اسم صاحب العمل:
الاسم الأول اسم الأب اسم	رقم بوليصة تعويضات العمال لـ NYSIF الخاصة بصاحب العمل:
العائلة العنوان البريدي للعامل المصاب:	تاريخ الإصابة: _____ / _____ / _____ (شهر/يوم/سنة)
الشارع	تاريخ ميلاد العامل المصاب:
المدينة، الولاية، الرمز البريدي	_____ / _____ / _____ (شهر/يوم/سنة)
مكتب المساعدة: هذا هو برنامج POS من خلال CVS Caremark فقط. للحصول على المساعدة، اتصل بمكتب مساعدة CVS Caremark على 866.493.1640	رقم الضمان الاجتماعي للعامل المصاب: _____

### تنبيه للصيدلي:

يتم إدارة برنامج الوصفات الطبية الخاص بـ NYSIF من قبل CVS Caremark. يُرجى اتباع الخطوات المذكورة أدناه لإدخال المطالبة. هذه الخطوات مطلوبة لتقديم وصفة طبية لمطالبي NYSIF.

الخوة 1	أدخل رقم BIN: 610235
الخوة 2	أدخل PCN :WRK
الخوة 3	الهوية (ID): رقم الضمان الاجتماعي للعامل المصاب

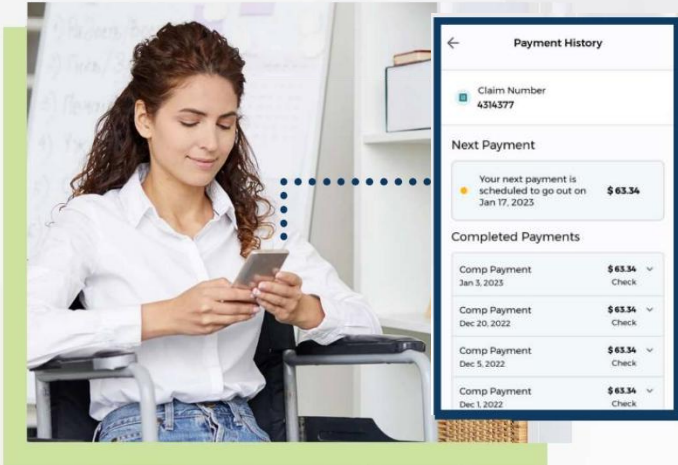
صيدلي، إذا كان لديك أي أسئلة أثناء معالجة المطالبة،  
يُرجى الاتصال بمكتب مساعدة CVS Caremark على الرقم 1-866-493-1640.

هل تحتاج للمساعدة؟



هل تريد التحقق من حالة دفع مزايك أو مطالبة تعويضات العمال الخاصة بك؟ لدى NYSIF تطبيق لذلك! باستخدام تطبيق **NYSIF Claim Mobile App**، يمكنك الوصول بسهولة إلى معلومات فورية حول مطالبتك، بما في ذلك:

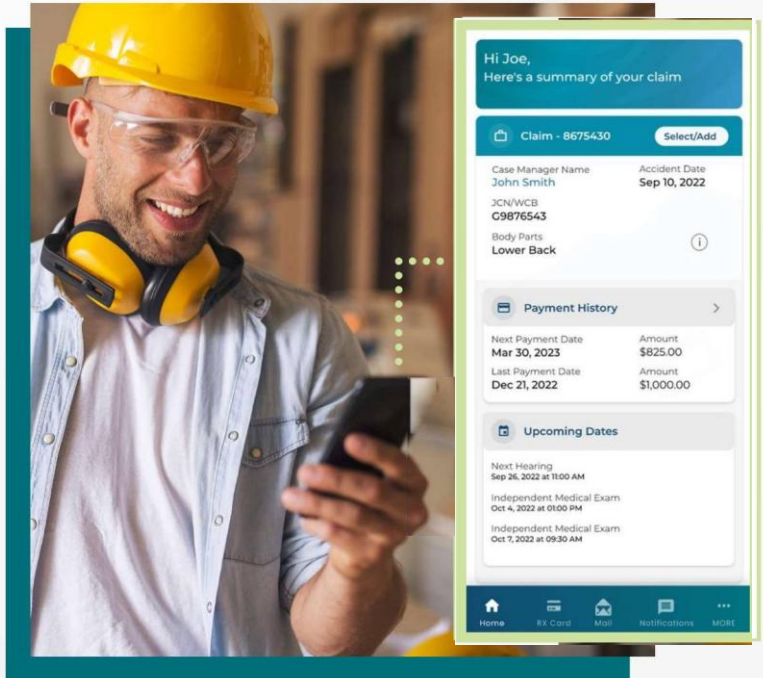
- حالة الشيك والدفع
- معلومات الاتصال بمدير الحالة
- حالة المطالبة
- الجلسات القادمة والفحوصات الطبية



## تحسين التواصل والشفافية والمشاركة

باستخدام تطبيق هاتف **NYSIF Claim**، يمكنك إكمال هذه المهام الإدارية بسهولة:

- تحديد رقم المطالبة
- عرض سجل الدفع
- ربط مطالبات NYSIF إضافية بحسابك
- تلقي الإخطارات
- الوصول إلى بطاقة الوصفة الطبية الخاصة بك
- إرسال بريد إلكتروني إلى مدير الحالة الخاص بك
- التسجيل في الإيداع المباشر



امسح هنا



قم بتنزيل تطبيق **NYSIF Claim Mobile App** اليوم!

تعرف على المزيد على [nysif.com](https://nysif.com)



## برنامج إدارة مطالبات المرضى

لدعمك خلال عملية التعافي، قد تتواصل معك ممرضة من **NYSIF** عبر الهاتف.



خلال هذه المكالمة، يمكن لممرضة من NYSIF إرشادك ببعض المعلومات المتعلقة بالحصول على العلاج الذي تحتاجه، كما يمكن مساعدتك في تحديد الموارد المتاحة لك كموظف مصاب. يمكن لممرضة من NYSIF أيضاً شرح فوائد استخدام تطبيق NYSIF Claim على الهاتف المحمول للوصول إلى معلومات حول مطالبة تعويض إصابات العمل الخاصة بك والإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك.

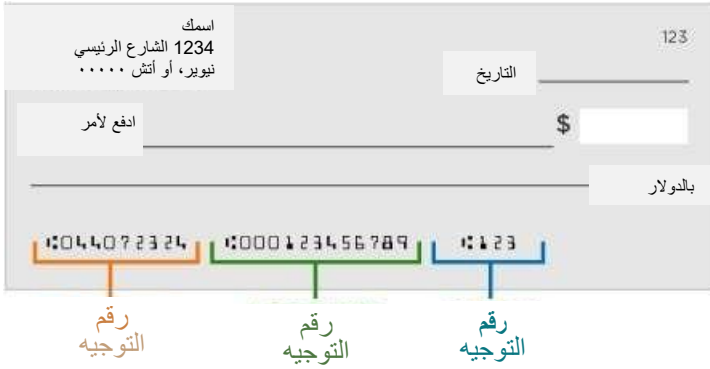
نحن نضع صحتك وتعافيك في مقدمة أولوياتنا،  
ونتشرف بالتواصل معكم قريباً.



## الإيداع المباشر صندوق تأمين ولاية نيويورك

احصل على دفع تعويضات العمال عن  
طريق الإيداع المباشر!

يقدم NYSIF خدمة الإيداع المباشر للمطالبين لتلقي مزايا تعويضات العمال. بالتعاون مع مؤسستك المالية، يمكن لـ NYSIF إيداع دفعات المزايا مباشرة في حسابك المصرفي. يمكنك حتى اختيار توزيع دفعاتك بين حسابين مصرفيين (حسب النسبة المئوية).



### متطلبات نوع الحساب

يجب عليك إيداع دفعاتك في حساب جاري أو حساب توفير. أكمل جميع المعلومات في نموذج الإيداع المباشر، بما في ذلك رقم التوجيه المصرفي ورقم الحساب (انظر الرسم التوضيحي). اتصل ببنكك إذا كنت بحاجة إلى مساعدة.

### الإلغاء

يظل هذا الاتفاق ساري المفعول حتى يتم إلغاؤه. لإلغاء اتفاقك، قم بزيارة **nysif.com**، وسجل كمطالب وحدد خيار "إلغاء الاشتراك في الإيداع المباشر". بالإضافة إلى ذلك، يمكنك الإلغاء عن طريق الاتصال بمدير الحالة الخاص بك في NYSIF على **nysif.com** باستخدام "الروابط السريعة" الخاصة بنا للحصول على "مساعدة المطالبات". يمكن أيضًا إلغاء هذا الاتفاق من قبل NYSIF أو من قبل مؤسستك المالية. في كلتا الحالتين، ستتلقى الشيكات اللاحقة بالبريد. قد يستغرق الإلغاء ما يصل إلى ثلاثة أسابيع للمعالجة.

### تغييرات على حسابك

أنت مسؤول عن إخطار NYSIF إذا كانت هناك أي تغييرات على معلومات حسابك المصرفي (تغيير رقم الحساب، المؤسسة المالية، وما إلى ذلك). أخطر NYSIF بتقديم طلب إيداع مباشر جديد، متاح على **nysif.com**.

إذا قمت بتغيير الحسابات أو المؤسسات المالية، يجب أن تحافظ على حسابك القديم حتى يتلقى حسابك الجديد دفعة الإيداع المباشر التالية. إذا لم يتم الاحتفاظ بالحساب القديم، فقد تواجه تأخيرًا في الدفع حتى يسري مفعول تفويض الإيداع المباشر الجديد.

### التحقق الدوري

قد يتصل بك NYSIF بشكل دوري للتحقق من المعلومات المتعلقة بحساب الإيداع المباشر الخاص بك. إذا لم يعد المستفيد على قيد الحياة، أخطر NYSIF على الفور.

نتلقي الإيداع المباشر للمزايا، أكمل هذا النموذج بالكامل وأعدّه إلى العنوان أدناه. لمزيد من المعلومات حول حقوقك المتعلقة بالإيداع المباشر، انتقل إلى [nysif.com/directdeposit](https://nysif.com/directdeposit) يجب إكمال جميع الحقول للتسجيل في الإيداع المباشر.

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير):	رقم مطالبة تعويضات العمال لـ NYSIF:
عنوان المنزل (لا تستخدم صندوق بريد):	
المدينة:	الولاية:
الرمز البريدي:	
عنوان البريد الإلكتروني:	
الهاتف:	
أدخل جميع المعلومات، بما في ذلك رقم حسابك ورقم التوجيه المصرفي. اتصل بمؤسستك المالية إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في إكمال هذا القسم. اختياري: إذا كنت ترغب في تقسيم دفعاتك بين حسابين مصرفيين، أكمل مجموعتي الحقول المتعلقة بالبنك. يجب أن يصل إجمالي نسبة التوزيع إلى 100% (على سبيل المثال، 75% في الحساب رقم 1 و 25% في الحساب رقم 2). إذا أصبح حسابك المصرفي غير متاح في أي وقت، فسيتم إرسال المبلغ المستحق للدفع عبر شيك ورقي.	
حساب الإيداع المباشر رقم 1 (اختر إما جاري أو توفير):	<input type="radio"/> جاري <input type="radio"/> توفير توزيع _____ % من الشيك
اسم المؤسسة المالية:	
رقم التوجيه	رقم الحساب
حساب الإيداع المباشر رقم 2 (اختر إما جاري أو توفير):	
<input type="radio"/> جاري <input type="radio"/> توفير توزيع _____ % من الشيك	
اسم المؤسسة المالية:	
رقم التوجيه	رقم الحساب
<b>إقرار وتفويض المودع/المستفيد</b>	
بتوقيعي على هذا النموذج، أفوض NYSIF بتوجيه الدفعات إلى المؤسسة (المؤسسات) المالية المذكورة أعلاه لإيداعها في الحساب (الحسابات) المحددة. أقر بأنني مخول باستلام دفعات التعويضات الأساسية أو عوائد التسوية، وأن الظروف التي تمنحني الحق في الحصول على المزايا من NYSIF لم تتغير. في حال تغيرت الظروف التي قد تؤثر على حقي في استلام الدفعات، يجب علي إبلاغ NYSIF. أدرك أنه لتقديم طلب الإيداع المباشر، يجب علي تقديم عنوان بريد إلكتروني. بإرسال هذا الطلب، أوافق على تلقي إخطارات إلكترونية على عنوان البريد الإلكتروني المقدم.	
التوقيع:	التاريخ:

أرسل الطلب المكتمل بالبريد إلى:

NYSIF  
ص.ب 66699  
ألباني، نيويورك 12206