

مجلس تعويض العمال بولاية نيويورك، مكتب مخصصات إعانات الإعاقة  
نموذج DB-450.1، بيان مقدم الطلب بخصوص عدم وجود خطأ أو إصابة شخصية

تعليمات لمقدم الطلب: أكمل هذا النموذج إذا تعرضت لإعاقة بعد أن أصبحت عاطلاً عن العمل لأكثر من أربعة (4) أسابيع وذكرت في نموذج DB-450 أن إعاقتك قد تكون نتيجة إصابة ناجمة عن حادث مروري دون وجود خطأ أو إهمال أو خطأ من طرف ثالث، أي فرد أو شركة، وما إلى ذلك.

ينص القسم 227 من قانون مخصصات إعانات الإعاقة على أنه يمكن لرئيس مجلس تعويض العمال أن يفرض حجزاً بقيمة مبلغ المخصصات المدفوعة لك، نظير عائدات أي مبلغ مسترد قد تحصل عليه من طرف ثالث، سواءً بموجب حكم محكمة أو التسوية أو غير ذلك.

ينص القانون على أنك قد تخسر حَقك في مخصصات الإعاقة وقد يُطلب منك رد المدفوعات التي تم دفعها لك بالفعل إذا كنت:

1. قد قبلت تسوية من طرف ثالث بمبلغ أقل من المخصصات التي ينص عليها قانون مخصصات الإعاقة، دون الحصول على موافقة خطية من رئيس مجلس تعويض العمال.
  2. قد وقَّعت على أي تنازل عن مطالبتك ضد طرف ثالث أو إبرائها منها، بغض النظر عما إذا كنت قد تلقيت أي مدفوعات أم لا.
- يجب عليك إكمال هذا النموذج وإرساله مع نموذج DB-450 الذي أكملته حتى لا يحدث تأخير في دفع مخصصات الإعاقة الخاصة بك.

| أقوال مقدم الطلب بخصوص الحادث  |  |
|--|--|
| 1. تاريخ الحادث  | 2. موقع الحادث (اكتب العنوان بالكامل، المدينة، الولاية، الرمز البريدي) |
| 3. سبب الحادث: <input type="checkbox"/> حادث مركبة <input type="checkbox"/> تعويضات العمال <input type="checkbox"/> غير ذلك  |  |
| 4. أ. هل شرعت في رفع دعوى ضد هذا الطرف؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا   |  |
| ب. إذا كانت الإجابة "لا"، فهل تنوي رفع دعوى؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا  |  |
| في حالة الإجابة "نعم"، يرجى ذكر اسم وعنوان الطرف (أو الأطراف):   |  |
| 5. إذا كنت قد عينت محامياً، يرجى تقديم المعلومات التالية:  | رقم الهاتف:  |
| اسم المحامي وعنوانه  |  |
| 6. هل تلقيت أي تسوية عن الإصابة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا  |  |
| إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى ذكر تفاصيل عما يلي: مبلغ التسوية (بالدولار) تاريخ التسوية:  |  |
| 7. هل تلقيت مدفوعات مقابل رعاية طبية بخلاف التأمين أو خطة الرعاية الصحية الخاصة بك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا   |  |
| إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى ذكر اسم وعنوان شركة التأمين أو الطرف الآخر الذي يقوم بالدفع   |  |
| حادث سيارة - أكمل هذا القسم وأرفق نموذج MV-104، أو تقرير الحادث، أو بلاغ الشرطة عن الحادث  |  |
| 8. هل تطالب بالتلقّي أو تنوي المطالبة بالحصول على مخصصات التأمين الشامل (التأمين على الأضرار التي لا يتحدد الطرف المسؤول عنها)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |  |
| هل تورطت في الحادث مركبة تجارية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا  |  |
| إذا كانت الإجابة بنعم، فهل ترفع دعوى ضد طرف ثالث: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا   |  |
| إذا كانت الإجابة "لا"، يرجى التوضيح:   |  |
| الأضرار الناجمة عن الإصابات الشخصية الأخرى التي تتضمن طرفاً ثالثاً   |  |
| 9. هل هذا الطرف مؤمن في هذه الدعوى؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا   |  |
| اسم وعنوان شركة التأمين:   |  |
| رقم وثيقة التأمين  |  |
| 10. هل أنت مؤمن عليك ضد هذا الحادث؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا   |  |
| إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى ذكر اسم وعنوان شركة التأمين   |  |
| رقم وثيقة التأمين  |  |
| أقر بموجبي بأن البيانات السابقة، ومن بينها أي أقوال مذكورة معها، صحيحة وكاملة على حد علمي.   |  |
| توقيع مقدم الطلب: _____ التاريخ: _____   |  |

