

## كيفية المطالبة بإعانات الإعاقة

لا تقدم هذا النموذج قبل أول تاريخ لإعانتك. يجب عليك إرسال نموذج المطالبة المكتمل في غضون **30 يومًا تقويميًا من اليوم الأول لإعانتك** لتجنب فقدان الإعانات. احتفظ بنسخة من جميع النماذج والوثائق تحسبًا للحاجة إليها.

1. إذا كنت تستخدم هذا النموذج لأنك أصبحت معاقًا في أثناء شغلك لوظيفة أو أصبحت معاقًا في غضون أربعة (4) أسابيع بعد إنهاء خدمتك من وظيفة، فإن عليك تقديم مطالبتك المكتملة إلى صاحب العمل أو إلى آخر شركة تأمين لصاحب العمل. يمكنك العثور على آخر شركة تأمين ضد العجز لصاحب العمل الذي كنت تعمل لديه على موقع الويب الخاص بمجلس تعويض العمال، [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov)، باستخدام خاصية البحث عن تغطية صاحب العمل.
2. إذا كنت تستخدم هذا النموذج لأنك أصبحت معاقًا بعد أن كنت عاطلاً عن العمل لأكثر من أربعة (4) أسابيع بعد إنهاء خدمتك من وظيفة، فإن عليك إرسال مطالبتك الكاملة بالبريد إلى: **Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029** إذا كانت إجابتك "نعم" على النقطة (ب) من السؤال 13، يرجى إكمال النموذج DB-450.1 وإرفاقه.

**ملحوظة:** يحتوي هذا النموذج على قسم يملؤه مقدم الرعاية الصحية الخاص بك، وقسم يملؤه صاحب العمل. قبل تقديم النموذج إلى صاحب العمل، املا القسم الخاص بك واحتفظ بنسخة معك.

- يتعين على مقدم الرعاية الصحية إعادة النموذج إليك بعد إكماله الجزء (ب) في غضون سبعة أيام. إذا تأخر عليك، يجب عليك الانتظار حتى تقدم النموذج إلى شركة التأمين الخاصة بك. وإذا لم يكتمل الجزء (ب) (أو لم تكتمل الإجابات) فقد يحدث تأخير في دفع الإعانات.
- يلزم صاحب العمل إعادة النموذج إليك بعد إكماله الجزء (ج) في غضون ثلاثة أيام عمل. إذا تأخر عليك، فليست مضطرًا إلى الانتظار للمضي قدمًا، بل يجب عليك إرسال النموذج إلى شركة التأمين الخاصة بك. لا يمكنها رفض طلبك للحصول على إعانات الإعاقة بمجرد أن صاحب العمل تقاعس عن ملء القسم الخاص به.

أمور مهمة يتعين عليك معرفتها:

ستتلقى ردًا في غضون 18 يومًا من اليوم الأول لإجازة الإعاقة أو من تاريخ استلام صاحب العمل أو شركة التأمين لمطالبتك المكتملة، أيهما أقرب. إذا تم رفض مطالبتك، فستتلقى إشعارًا برفض المطالبة بإعانات الإعاقة (النموذج DB-DEN) أو إشعارًا بالرفض الكلي أو الجزئي للمطالبة بإعانات الإعاقة (النموذج DB-451). إذا تلقت النموذج DB-DEN، فستتلقى النموذج DB-451 وبه معلومات إضافية في غضون 45 يومًا من اليوم الأول لإجازة الإعاقة أو من تاريخ استلام صاحب العمل أو شركة التأمين لمطالبتك المكتملة، أيهما أقرب.

إذا لم تتلقَ ردًا في غضون 18 يومًا (أو النموذج DB-451 في غضون 45 يومًا) أو إذا كانت لديك أسئلة حول مطالبتك بإعانات الإعاقة، يرجى الاتصال بشركة تأمين صاحب العمل الخاصة بك. لمعلومات عامة حول إعانات الإعاقة، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov) أو الاتصال بمكتب إعانات الإعاقة التابع لمجلس تعويض العمال على الرقم (877) 632-4996.

إشعار وإثبات المطالبة بإعانات الإعاقة (النموذج DB-450)

## الجزء (أ) – معلومات الموظف (يملؤه الموظف)

يجب أن تجيب عن جميع الأسئلة في هذا الجزء.

السؤال 9: أدخل أفضل تقدير لمتوسط الأجر الأسبوعي الإجمالي. املا الجدول باستخدام إجمالي أجرك من آخر صاحب عمل قبل حدوث الإعاقة. إذا كان لديك أكثر من صاحب عمل واحد في الأسابيع الـ 8 السابقة لحدوث إعانتك، يرجى أيضًا تضمين جميع معلومات الأجر التي حصلت عليها من صاحب العمل أو أصحاب العمل.

الخطوة الأولى: أضف جميع الأجر الإجمالية التي حصلت عليها (قبل أي خصومات) خلال الأسابيع الثمانية السابقة لأول يوم من الإعاقة، بما يشمل ساعات العمل الإضافي والإكراميات المكتسبة. (انظر الخطوة الثالثة للاطلاع على التعليمات المتعلقة بحساب العلاوات والعمولات).

الخطوة الثانية: اقسم الأجر الإجمالية المحسوبة في الخطوة الأولى على ثمانية (أو عدد الأسابيع التي عملت فيها إذا كان أقل من ثمانية) لحساب متوسط الأجر الأسبوعي

الخطوة الثالثة: إذا تلقت علاوات أو عمولات خلال الـ 52 أسبوعًا السابقة لليوم الأول من حدوث الإعاقة، فأضف المبلغ الأسبوعي التناسبي إلى متوسط الأجر الأسبوعي. لتحديد المبلغ الأسبوعي التناسبي، أضف جميع العلاوات والعمولات المكتسبة في الأسابيع الـ 52 السابقة ثم اقسمها على 52.

## الجزء (ب) – بيان مقدم الرعاية الصحية (يملؤه مقدم الرعاية الصحية)

يجب على مقدم الرعاية الصحية ملء هذا البيان بالكامل وإعادته في غضون سبعة أيام من استلام هذا النموذج.

## الجزء (ج) – معلومات صاحب العمل (يملؤه صاحب العمل)

يجب على صاحب العمل إكمال النموذج وإرجاعه إلى الموظف في غضون ثلاثة أيام عمل من تاريخ استلامه.

السؤال 6: في حالة استمرار صرف الأجر خلال فترة الإعاقة، يرجى تحديد طريقة دفع الأجر: أكون من خلال استمرار الراتب، أو استخدام الإجازات المدفوعة أو الإجازات المرضية، أو غير ذلك؟

السؤال 8: أدخل الأجر التي حصل عليها الموظف خلال الأسابيع الثمانية السابقة لليوم الأول من حدوث الإعاقة. المبلغ الإجمالي المدفوع هو إجمالي الأجر الأسبوعي للموظف، بما يشمل أي ساعات عمل إضافية وأي إكراميات حصل عليها الموظف في ذلك الأسبوع، بالإضافة إلى المبلغ التناسبي الأسبوعي لأي علاوة أو عمولة حصل عليها خلال الـ 52 أسبوعًا السابقة. (للاطلاع على الخطوات التفصيلية، انظر السؤال 9 في تعليمات الجزء (أ)). يتم حساب متوسط الأجر الأسبوعي الإجمالي عن طريق إضافة المبالغ الإجمالية المدفوعة، ثم قسمة المجموع على ثمانية (أو عدد الأسابيع التي عمل فيها إذا كانت أقل من ثمانية).

الجزء (أ) - بيانات مقدم المطالبة (يرجى إدخالها مطبوعة أو كتابتها يدويًا)

1. اسم العائلة: \_\_\_\_\_ الاسم الأول: \_\_\_\_\_ الاسم الأوسط: \_\_\_\_\_
2. العنوان البريدي (الشارع، رقم الشقة): \_\_\_\_\_  
المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_
3. رقم الهاتف المتاح نهائيًا: \_\_\_\_\_ البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_
4. رقم الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 5. تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 6. الجنس:  ذكر  أنثى  غير ذلك
7. وصف حالة الإعاقة (إذا كانت إصابة، فاذكر أيضًا كيف، ومتى، وأين حدثت): \_\_\_\_\_

8. التاريخ الذي أصبحت فيه معاقًا: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ هل كنت تعمل في ذلك اليوم؟  نعم  لاهل تعافيت من هذه الإعاقة؟  نعم  لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فاذكر التاريخ الذي تمكنت فيه من العودة إلى العمل: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_هل عملت منذ ذلك الحين مقابل أجر أو ربح؟  نعم  لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فاذكر التواريخ: \_\_\_\_\_

9. اسم آخر صاحب عمل قبل حدوث الإعاقة. إذا كنت عملت مع أكثر من صاحب عمل خلال الأسابيع الثمانية (8) الماضية، فاذكر أسماء جميع أصحاب العمل. يتم حساب متوسط الأجر الأسبوعي بناء على جميع الأجر التي تقاضيتها في آخر ثمانية (8) أسابيع عمل.

متوسط الأجر الأسبوعي (شامل للعلاوات والإكراميات والعمولات والقيمة المعقولة للاقامة والإيجار وما إلى ذلك).	فترة العمل		اسم آخر صاحب عمل أو أصحاب عمل قبل حدوث الإعاقة		
	آخر يوم عمل (شهر/يوم/سنة)	اليوم الأول (شهر/يوم/سنة)	رقم الهاتف	العنوان	الشركة أو الاسم التجاري

أذكر إجمالي الأجر المكتسبة في الأسابيع الـ 8 السابقة لليوم الأول من حدوث الإعاقة أدناه (بما يشمل الأجر التي تحصلت عليها من جميع أصحاب العمل المذكورين أعلاه)

الأسبوع رقم	آخر يوم عمل (شهر/يوم/سنة)	عدد الأيام التي عملتها	المبلغ الإجمالي المدفوع
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
			متوسط حساب الأجر الأسبوعي الإجمالي:

10. وظيفتي هي أو كانت: \_\_\_\_\_ المهنة  
11. عضو نقابي:  نعم  لا إذا كانت الإجابة "نعم": \_\_\_\_\_ اسم النقابة أو الرقم المحلى12. هل كنت تطالب بإعانات بطالة أو حصلت عليها قبل هذه الإعاقة؟  نعم  لا

إذا لم تطالب بإعانات التأمين ضد البطالة أو إذا طالبت بها ولكنك لم تحصل عليها بعد آخر يوم عمل، فوضح الأسباب بشكل وافٍ: \_\_\_\_\_

إذا كنت قد تلقيت إعانات البطالة، فاذكر جميع الفترات التي تقاضيتها فيها: \_\_\_\_\_

13. بالنسبة إلى فترة الإعاقة التي تغطيها هذه المطالبة:

- أ. هل تحصل على أجر أو راتب أو مدفوعات إنهاء الخدمة؟  نعم  لا  
ب. هل تتلقى ما يلي أو تطالب به:

1. إعانات البطالة؟  نعم  لا  
2. إجازة عائلية مدفوعة الأجر؟  نعم  لا  
3. تعويضات العمال عن عجز بسبب إصابة عمل؟  نعم  لا  
4. تعويضات عن حادث مروري وقع قضاء وقدرًا؟  نعم  لا أو تعويضات عن إصابة شخصية تسبب فيها طرف آخر؟  نعم  لا  
5. هل تحصل على إعانات الإعاقة الطويلة الأجل بموجب قانون الضمان الاجتماعي الفيدرالي لهذه الإعاقة؟  نعم  لا

إذا اخترت "نعم" في أي سؤال وارد بالجزء 13، فأكمل ما يلي:

أنا:  تلقيت  طالبت من: \_\_\_\_\_ عن الفترة من: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ إلى: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

14. في السنة (أو الـ 52 أسبوعًا) التي سبقت حدوث إعاقتك، هل تلقيت إعانات إعاقة لفترات إعاقة أخرى؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم، فإن الجهة التي كانت تدفعها هي: \_\_\_\_\_ من: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ إلى: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

15. في السنة (أو الـ 52 أسبوعًا) التي سبقت حدوث إعاقتك، هل حصلت على إجازة عائلية مدفوعة الأجر؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم، فإن الجهة التي كانت تدفعها هي: \_\_\_\_\_ من: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ إلى: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

16. إذا أصبحت معاقًا في أثناء شغلك لوظيفة أو في غضون أربعة أسابيع من آخر يوم عمل لك فيها، فهل قدم صاحب العمل لك حقوقك بموجب قانون الإعاقة في غضون 5 أيام من إخطارك أو طلب نماذج الإعاقة؟  نعم  لا

أطلب بموجب هذا النموذج الحصول على إعانات الإعاقة، وأقر بأنني كنت أعاني إعاقة خلال الفترة التي تغطيها هذه المطالبة. لقد قرأت التعليمات الواردة في هذا النموذج وأقر بأن البيانات السابقة، ومن بينها أي أقوال داعمة لها، صحيحة وكاملة على حد علمي.

التاريخ

توقيع مقدم المطالبة

لا يجوز لأي شخص التوقيع نيابة عن مقدم المطالبة إلا إذا كان مفوضًا قانونًا للتوقيع وكان مقدم الرعاية الصحية المقيم هذا النموذج ويعيده إلى مقدم المطالبة خلال سبعة (7) أيام من استلام هذا النموذج. إذا كانت الإعاقة بسبب الحمل أو ذات صلة به، فاكتمل التاريخ المتوقع في البند 7-هـ. وقد يؤدي تقديم إجابات غير كاملة إلى تأخير دفع الإعانات.

العلاقة بمقدم المطالبة

العنوان

بالتبابة عن مقدم المطالبة

الجزء (ب) – بيان مقدم الرعاية الصحية (يرجى إدخالها مطبوعًا أو كتابتها يدويًا)

يجب ملء بيان مقدم الرعاية الصحية بالكامل. يجب أن يكمل مقدم الرعاية الصحية المقيم هذا النموذج ويعيده إلى مقدم المطالبة خلال سبعة (7) أيام من استلام هذا النموذج. إذا كانت الإعاقة بسبب الحمل أو ذات صلة به، فاكتمل التاريخ المتوقع في البند 7-هـ. وقد يؤدي تقديم إجابات غير كاملة إلى تأخير دفع الإعانات.

1. اسم العائلة: \_\_\_\_\_ الاسم الأول: \_\_\_\_\_ الاسم الأوسط: \_\_\_\_\_

2. الجنس:  ذكر  أنثى  غير ذلك 3. تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

4. التشخيص/التحليل: \_\_\_\_\_ كود التشخيص: \_\_\_\_\_

أ. أعراض مقدم المطالبة: \_\_\_\_\_

ب. النتائج الموضوعية: \_\_\_\_\_

5. هل تم حجز مقدم المطالبة في المستشفى؟  نعم  لا من: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ إلى: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

6. هل تم تحديد إجراء عملية؟  نعم  لا أ. النوع \_\_\_\_\_ ب. التاريخ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

السنة	اليوم	الشهر	أدخل التواريخ الخاصة بما يلي
			أ. تاريخ أول علاج تلقته لهذه الإعاقة
			ب. تاريخ آخر علاج تلقته لهذه الإعاقة
			ج. التاريخ الذي أصبح فيه مقدم المطالبة غير قادر على العمل بسبب هذه الإعاقة
			د. التاريخ الذي سيصبح مقدم المطالبة فيه قادرًا على أداء العمل (حتى في حالة وجود مشكلة كبيرة، اكتب التاريخ التقديري. تجنب استخدام كلمات مثل غير معروف أو غير محدد).
			هـ. إذا كان ذلك متعلقًا بالحمل، يرجى تحديد الخانة وكتابة تاريخ الولادة المتوقع أو <input type="checkbox"/> الولادة الفعلية

8. هل تعتقد أن هذه الإعاقة ناتجة عن إصابة تسبب بها العمل أو حدثت خلال مدة شغل الوظيفة أو مرض مهني؟  نعم  لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فهل قدم التقرير الطبي إلى مجلس تعويض العمال؟  نعم  لا

أقر بأنني:

رقم الترخيص

مرخص (ة) أو معتمد (ة) في ولاية

(طبيب، مقوم عظام، طبيب أسنان، طبيب أقدام، اختصاصي نفسي، ممرضة قابلة)

التاريخ

توقيع مقدم الرعاية الصحية

اسم مقدم الرعاية الصحية بخط واضح

رقم الهاتف

عنوان مقدم الرعاية الصحية

1. الاسم القانوني الكامل للشركة وعنوانها البريدي

اسم الشركة

العنوان البريدي

المدينة، الولاية

الرمز البريدي

البلد (إن لم تكن الولايات المتحدة الأمريكية)

2. رقم التعريف الفيدرالي لصاحب العمل:

3. معلومات الاتصال:

اسم جهة الاتصال التابعة لصاحب العمل للاستفسارات المتعلقة بالإعاقة:

رقم هاتف جهة الاتصال التابعة لصاحب العمل:

عنوان البريد الإلكتروني لجهة الاتصال التابعة لصاحب العمل:

4. هل الموظف عضو في نقابة تقدم إعانات الإعاقة القانونية؟  نعم  لا

\*إذا كانت الإجابة "نعم"، فاكذب اسم النقابة وعنوانها ومعلومات الاتصال بها

5. معلومات الموظف:

دور الموظف:  موظف  صاحب الشركة  شريك  زوج أو زوجة صاحب العمل  مالك  مالك مشارك

تاريخ تعيين الموظف (شهر/يوم/سنة):

تاريخ آخر يوم عمل للموظف:

تاريخ عودة الموظف إلى العمل (إذا كان ذلك ممكناً):

6. هل استمر صرف الأجر في أثناء الإعاقة؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، فأي نوع من الأجر تم صرفه؟ (إجازة مدفوعة، إجازة مرضية، غير ذلك):

إذا كانت الإجابة "نعم"، فهل يطلب صاحب العمل تعويضاً؟  نعم  لا

\*لا يكون التعويض متاحاً إلا إذا استمر صاحب العمل في دفع راتب الموظف في أثناء فترة إعاقته أو استفاد الموظف من الإجازة المرضية

7. هل إعاقة الموظف مرتبطة بالعمل؟  نعم  لا

8. أدخل الأجر الإجمالي للموظف للأسابيع الـ 8 الأخيرة قبل حدوث الإعاقة مباشرة، بدءاً من الأسبوع الذي بدأت فيه الإعاقة، واحسب متوسط الأجر الإجمالي الأسبوعي (بما يشمل العلاوات والإكراميات والعمولات والقيمة المعقولة للإقامة والإيجار وما إلى ذلك، وانظر التعليمات لمزيد من المعلومات)

الأسبوع رقم	تاريخ انتهاء الأسبوع (شهر/يوم/سنة)	عدد الأيام التي عمل فيها	المبلغ الإجمالي المدفوع
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
		متوسط حساب الأجر الأسبوعي الإجمالي:	

9. في الأسابيع الـ 52 السابقة، أخذ الموظف إجازة من النوع:

إجازة إعاقة ولاية نيويورك  إجازة عائلية مدفوعة الأجر (PFL)  كل من إجازة الإعاقة والإجازة العائلية المدفوعة الأجر  لا شيء

الإعاقة: يرجى تقديم تواريخ محددة للإعاقة

الإجازة العائلية المدفوعة الأجر: يرجى تقديم تواريخ محددة للإجازة العائلية المدفوعة الأجر

10. هل ما زال الموظف يعمل لديك؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة "لا"، يرجى تحديد تاريخ إنهاء التوظيف:

11. إذا حصل الموظف على إعانات البطالة، يرجى تحديد تاريخ استلام آخر دفعة من إعانات البطالة:

لقد قرأت معلومات الاحتيال أدناه وأسلم بها، وأؤكد على حد علمي وقناعاتي أن المعلومات التي قدمتها صحيحة ودقيقة.

اسم صاحب العمل ولقبه: \_\_\_\_\_

توقيع صاحب العمل: \_\_\_\_\_

رقم هاتف التواصل مع صاحب العمل: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

إخطار بمقتضى قانون حماية الخصوصية الشخصية في نيويورك (المادة 16-a) من قانون الموظفين العموميين وقانون الخصوصية الفيدرالي لعام 1974 (5 USC § 552a). إن سلطة مجلس تعويض العمال (المجلس) تطلب من مقدمي المطالبات تقديم بيانات شخصية، من بينها رقم الضمان الاجتماعي الخاص بهم، مستمدة من سلطة التحقيق الممنوحة للمجلس بموجب الباب رقم 20 من قانون تعويض العمال، وسلطته الإدارية بموجب الباب رقم 142 من القانون نفسه. وتُجمع هذه المعلومات لمساعدة المجلس في التحقق من صحة المطالبات وإدارتها بأنسب طريقة ممكنة ولمساعدته في حفظ سجلات دقيقة عن المطالبات. يُعد تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك إلى المجلس أمرًا اختياريًا، ولا توجد عقوبة مفروضة على عدم تقديم رقم الضمان الاجتماعي في هذا النموذج، ولن يؤدي ذلك إلى رفض مطالبتك أو خفض الإعانات. سيحجمي المجلس سرية جميع البيانات الشخصية التي تكون بحوزته، ولن يكشف عنها إلا لأغراض تعزيز واجباته الرسمية ووفقًا لقانون الولاية والقانون الفيدرالي المعمول به.

إشعار قانون التأمين الصحي لإمكانية النقل والمحاسبة - من أجل البت في مطالبة تعويض العمال أو مطالبة لإعانات الإعاقة، تُلزم المادة (a)(4)-13 من قانون تعويض العمال والباب 12 (1.3-325) من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك مقدمي الرعاية الصحية بتقديم تقارير طبية بانتظام عن العلاج إلى المجلس وشركة التأمين أو صاحب العمل. وفقًا للباب 45 (164.512) من قانون اللوائح الفيدرالية، فإن هذه التقارير الطبية المطلوبة قانونًا مستثناة من قيود قانون التأمين الصحي لإمكانية النقل والمحاسبة المفروضة على الإفصاح عن المعلومات الصحية.

الإفصاح عن المعلومات لن يكشف مجلس تعويض العمال عن أي معلومات تخص حالتك لأي طرف غير مصرح له دون الحصول على موافقتك. إذا اخترت الكشف عن معلومات كهذه لطرف غير مصرح له، يجب عليك تقديم النموذج OC-110A "نموذج من مقدم المطالبة بالكشف عن سجلات تعويض العمال" الأصلي الموقع إلى المجلس. هذا النموذج متاح على موقع ويب مجلس تعويض العمال ([www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov)) ويمكن الوصول إليه من خلال النقر على رابط "Forms" (النماذج). في حالة عدم توفر اتصال بالإنترنت، يرجى الاتصال برقم الهاتف 632-4996 (877). وبدلاً من النموذج OC-110A، يمكنك أيضاً تقديم خطاب تفويض أصلي موقع وموثق.

الاعتراف بالاحتيال - إن أي صاحب عمل أو شركة تأمين أو موظف أو وكيل أو شخص يتصرف بالنيابة عن صاحب العمل أو شركة التأمين، يدلي بأقوال أو إقرار كاذب يتعلق بحقيقة جهرية في سياق الإبلاغ أو التحقيق أو التعديل لمطالبة بأي إعانات أو مدفوعات بموجب هذا الفصل لغرض تجنب تقديم إعانات أو مدفوعات كهذه يكون مذنباً بارتكاب جريمة ويخضع لعزائم كبيرة ويعرض نفسه للسجن.