

ولاية نيويورك
مجلس تعويضات العمال

اسم مقدّم المطالبة	رقم الحالة لدى مجلس تعويضات العمال	رقم الضمان الاجتماعي
عنوان محل الإقامة	عنوان البريد (إذا كان مختلفًا)	

فيما يتعلق بحالة تعويضات العمال الواردة أعلاه، بحق لك الحصول على تعويضات بشأن (1) الأدوية أو المستلزمات التي وصفها لك مقدم خدمة الرعاية الصحية الذي سددت له الرسوم بنفسك (2) والأجور أو رسوم المسافات المقطوعة بالسيارة أو النفقات اللازمة المتكبدة نظير النقل إلى أو من مكتب مقدم خدمة الرعاية الصحية أو المستشفى.

لمساعدتكم في الاحتفاظ بسجل لمتل هذه النفقات، وقرنا هذا النموذج. من أجل المساعدة في ضمان تعويضك كما ينبغي، أدرج كل بند من بنود النفقات أدناه -- سواء حصلت على إيصال أم لا (احصل على إيصال كلما أمكن). أرسل النموذج المكتمل ونسخاً من جميع الإيصالات أو الفواتير إلى شركة التأمين المعنية بتغطية تعويضات العمال (أو إلى جهة العمل، إذا كانت هي جهة العمل المؤمنة تأميناً ذاتياً) وإلى مجلس تعويضات العمال. (انظر عنوان المجلس الموجود في الوجه الخلفي للنموذج.) يُقترح أن تحتفظ بنسخة من الإيصالات والفواتير في سجلاتك.

[illegible]

يُتبع على الوجه الخلفى للنموذج.

