

يجب الإجابة عن جميع الأسئلة بالكامل - بشكل واضح سواء كتابةً أو طباعةً. يرجى قراءة المتطلبات بعناية عند تقديم المطالبة الخاصة بمتطوعي مركز التجارة العالمي الواردة بالصفحة الثانية. يجب تقديم جميع الوثائق المطلوبة وإرفاقها مع هذا النموذج بما في ذلك خطاب تحديد من البرنامج الصحي لمركز التجارة العالمي.

أ. الشخص المصاب

الاسم الأخير: _____ الاسم الأول: _____ الحرف الأول من
العنوان البريدي: _____ السطر 2: _____ الاسم الأوسط: _____
المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____ البلد: _____
رقم الهاتف المتاح نهارًا: _____ عنوان البريد الإلكتروني: _____
رقم الضمان الاجتماعي: _____ تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة): _____ الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ غير ذلك
هل تتحدث الإنجليزية: ☐ نعم ☐ لا في حالة الإجابة بـ "لا"، اذكر اللغة التي تتحدثها: _____

ب. المكان/الزمن

ما التاريخ (التواريخ) الذي تطوعت فيه داخل أو بالقرب من منطقة جراوند زيرو، ومدفن مخلفات فريش كيلز (شهر/يوم/سنة): _____
هل قامت مؤسسة متطوعة أو جهة إنقاذ بتوجيه أنشطتك في منطقة جراوند زيرو أو المنطقة المجاورة لها أو بالقرب من مدفن مخلفات فريش كيلز: ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، فاذكر اسم الوكالة أو الجهة: _____
في حال كانت الإجابة "لا"، اذكر من يمكنه تقديم بيان لدعم المشاركة في عمليات الإنقاذ أو التعافي أو التنظيف الخاصة بمركز التجارة العالمي: _____

ج - طبيعة ومدى الإصابة/المرض

كيف حدثت الإصابة/المرض: _____
اذكر بشكل تفصيلي طبيعة إصابتك/مرضك، بما في ذلك جميع الأجزاء المصابة من الجسم: _____
هل توقفت عن العمل المنتظم بسبب هذه الإصابة/المرض: ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فاذكر تاريخ التوقف عن العمل (شهر/يوم/سنة): _____
إذا توقفت عن العمل المنتظم، فهل عدت إلى العمل: ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فاذكر تاريخ العودة للعمل (شهر/يوم/سنة): _____
اسم صاحب العمل المنتظم: _____
عنوان صاحب العمل المنتظم: _____

د- المخصصات/الرعاية الطبية

هل تقدمت بطلب للحصول على مخصصات من صندوق تعويضات ضحايا 11 سبتمبر: ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، فاذكر حالة طلبك: _____
هل تتلقى الآن أو سبق أن تلقيت رعاية طبية: ☐ نعم ☐ لا هل أنت في حاجة الآن إلى تلقي رعاية طبية: ☐ نعم ☐ لا
اسم الطبيب المعالج: _____
عنوان الطبيب: _____
إذا كنت في المستشفى، فاذكر فترة إقامتك فيه (شهر/يوم/سنة): _____
اسم المستشفى: _____
عنوان المستشفى: _____
هل تحملت أي نفقات خاصة بالرعاية الطبية لعلاج الإصابة/المرض الذي تعرضت له: ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، فما المبلغ الإجمالي للنفقات التي تحملتها: _____ بالدولار الأمريكي

أقدم بموجب هذا مطالبتي بالتعويض عن الإصابة/المرض الناجم عن العمل التطوعي الذي قمت به في منطقة جراوند زيرو أو بالقرب منها أو عند مدفن مخلفات فريش كيلز، ودعمًا لذلك، أقدم الحقائق المتعلقة بالأمر والمذكورة عليه.

التاريخ

توقيع الشخص المصاب (المُطالب)

أي شخص يقوم بالإدلاء بأقوال كاذبة أو إقرار كاذب يتعلق بحقيقة جوهرية واردة في سياق الإبلاغ بمطالبة أو التحقيق فيها أو تعديلها لأي مخصصات أو استحقاقات بغرض تجنب تقديم مثل هذه المخصصات أو الاستحقاقات يُعد مذنبًا بارتكاب جريمة ويخضع لعزائم كبيرة ويعرض نفسه للسجن بموجب هذا الفصل.

معلومات مهمة خاصة بمطالبات تعويض متطوعي مركز التجارة العالمي (النموذج WTCVol-3)

تتوفر صناديق خاصة بتعويض المتطوعين الذين تعرضوا لإصابة أو إعاقة ناجمة عن تقديمهم المساعدة لسكان نيويورك في أعقاب الهجوم الإرهابي على مركز التجارة العالمي في 11 سبتمبر 2001. تُعرف هذه الصناديق باسم صندوق المتطوعين التابع لمركز التجارة العالمي لولاية نيويورك. سيتلقى مجلس تعويض العمال في ولاية نيويورك مطالبات المتطوعين الذين تعرضوا لأمراض أو إصابات ناجمة عن تطوعهم في موقع مركز التجارة العالمي أو مدفن مخلفات فريش كيلز، وسيتولى إدارة المدفوعات من الصندوق وفقاً لقانون تعويض العمال وقواعد مجلس تعويض العمال. بإكمال هذا النموذج وتوقيعه وتقديمه، تُقدم مطالبة إلى صندوق متطوعي مركز التجارة العالمي بولاية نيويورك.

يرجى العلم بأن مخصصات متطوعي مركز التجارة العالمي تقتصر على استمرار وجود التمويل المُقدم من خلال صندوق متطوعي مركز التجارة العالمي في ولاية نيويورك.

لتوثيق مطالبتك، قدم هذا النموذج مع النسخ التالية إلى مجلس تعويض العمال بولاية نيويورك:

1. إثبات حالة التطوع (خطاب إشادة/تأكيد من الجهة التي وجهت أنشطتك التطوعية في 11 سبتمبر في منطقة جراوند زيرو أو مدفن مخلفات فريش كيلز، والصور، ورسائل الشهود، وغير ذلك).
 2. دليل طبي على إصابة أو مرض يرتبط سببياً بالتطوع في موقع معين.
 3. نموذج WTC-12 مكتمل (تسجيل المشاركة في عمليات الإنقاذ أو التعافي أو التنظيف الخاصة بمركز التجارة العالمي).
 4. خطاب قبول أو رفض من البرنامج الصحي لمركز التجارة العالمي. يشترط مجلس تعويض العمال الآن أن يقدم المتطوعون مطالبة إلى البرنامج الصحي لمركز التجارة العالمي قبل تقديم مطالبة إلى مجلس تعويض العمال، ويجب تقديم خطاب مخصصات من البرنامج الصحي لمركز التجارة العالمي إلى جانب النموذج WTCVol-3.
 5. في حالة تقديمك مطالبة إلى صندوق تعويض الضحايا، يجب توفير أحدث خطاب لتحديد الأهلية أو خطاب منح أو إشعار بحالة المطالبة.
 6. المكتمل بموجب قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة لمركز التجارة العالمي ج النموذج - wcb.ny.gov/content/main/forms/wtc-hipaa_A.pdf
 7. النموذج المكتمل بموجب صندوق تعويض الضحايا - wcb.ny.gov/content/main/forms/wtc-vcf_auth_A.pdf
- يرجى الاحتفاظ بكافة الوثائق للاطلاع.

يرجى إخطار مقدم (مقدمي) الرعاية الصحية الخاص بك بأن لديك مطالبة تنتظر البت فيها أمام صندوق متطوعي مركز التجارة العالمي في ولاية نيويورك، الذي يديره مجلس تعويض العمال، وأنه سيتم إرسال الفواتير والتقارير الطبية إلى مجلس تعويض العمال في ولاية نيويورك، وليس لوحدة تأمين، إلى العنوان: صندوق بريد 5205، Binghamton, NY 13902-5205.

الإخطار وفقاً لقانون حماية الخصوصية الشخصية في نيويورك

(المادة (أ)-6) من قانون الموظفين العموميين) وقانون الخصوصية الفيدرالي لعام 1974 (5 USC § 552a).

سلطة مجلس تعويض العمال التي بموجبها يُطلب من المُطالبين تقديم معلومات شخصية، من بينها رقم الضمان الاجتماعي الخاص بهم، مستمدة من سلطة التحقيق الممنوحة لمجلس تعويض العمال بموجب الباب رقم 20 من قانون تعويض العمال، وسلطته الإدارية بموجب الباب رقم 142 من القانون نفسه. تُجمع هذه المعلومات لمساعدة مجلس تعويض العمال على التحقيق في المطالبات وإدارتها بأنسب طريقة ممكنة ولمساعدته في حفظ سجلات دقيقة عن المطالبات. تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك إلى مجلس تعويض العمال هو أمر طوعي. لا توجد عقوبة على عدم تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك في هذا النموذج، ولن يؤدي ذلك إلى رفض مطالبتك أو تقليل المخصصات. سيُحمي مجلس تعويض العمال سرية جميع المعلومات الشخصية التي تكون بحوزته، ولن يكشف عنها إلا لأغراض تعزيز واجباته الرسمية وفقاً لقانون الولاية والقانون الفيدرالي المعمول بهما.

إشعار قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة

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