

عند استلام هذه الاستمارة من موظف المكتب الطبي، الرجاء تعبئة المربعات من 1 - 43 من نسخة العمال. الرجاء استخدام قلم حبر والكتابة بخط واضح. سنستخدم المعلومات التي تزودنا بها من أجل حساب المنافع.

## تعليمات للعمال المصابين

1. الرجاء وصف الإصابة أو المرض بأكبر قدر ممكن من التفصيل. مثلاً، إن كنت قد وقعت في خلال العمل وأصبت في كتفك، قل لنا أي كتف أصيب وكيف وقعت. وإن تطورت حالتك مع الوقت، قل لنا ما هو سبب إصابتك بهذه الحالة ومتى أصبت بها. (المربعات 19 أ - ب)
2. زودنا بكل المعلومات التي نطلبها منك والمتعلقة بعملك ووضعك العائلي والعيل المعتمدين عليك. سنستخدم هذه المعلومات من أجل حساب المنافع الخاصة بك.
3. اسمح لنا بالإطلاع على سجلات الوظيفة المودعة لدى قسم أمانات الوظائف لكي نتمكن من تقديم التعويض الأكثر فعالية والرجوع إلى خدمات العمل. قد نشارك هذه المعلومات مع مقدمي الخدمات الطبية ومقدمي خدمات التأهيل المهني وأرباب العمل. تعتبر هذه المعلومات سرية ومحمية بموجب قانون واشنطن المنقح (13) 50.13.060.
4. اقرأ الإشعارات القانونية المسجلة في نسخة العمال من الاستمارة قبل التوقيع عليها.
5. هل تحتاج لأي مساعدة من قسم العمل الخط الساخن الخاص بالعمال المصابين والشؤون الصناعية؟  
الخط الآلي لاستعلامات الشكاوى  
1-800-547-8367 (من الاثنين وحتى الجمعة من الساعة 8 ص وحتى الساعة 5 م)  
1-800-831-5227

## هناك خمسة أمور عليك القيام بها في حين نقوم نحن بدراسة شكاوك

1. قم باختيار مقدم الخدمة الصحية من شبكة مقدمي الخدمات الطبية التابعة لقسم العمل والشؤون الصناعية حتى لو كنت قد تلقيت علاجاً مسبقاً من قبل شخص آخر بعد تعرضك لهذه الإصابة. يمكنك الاختيار من بين أنواع مقدمي الخدمات المرخصين لعلاج إصابتك وتنسيق أمور رعايتك الصحية التالية: طبي، تقويمي، معالج طبيعي، أو مداو أقدام؛ أو ممرض ممارس مسجل ذو خبرة؛ أو طبيب أسنان ومصحح بصري. يمكنك إيجاد دليل مقدمي الخدمات على الموقع [www.Lni.wa.gov/FindaDoc](http://www.Lni.wa.gov/FindaDoc). اطلب من مدير الشكاوى الخاص بك تعويض نفقات السفر. يجب الحصول على ترخيص تعويض نفقات السفر مسبقاً.
2. اطلب من رب عملك أن يوكل إليك مهام مخففة إن قبل طبيبك بذهابك للعمل مع قيود معينة. هناك الكثير من العمال الذين يستمرون بالعمل براتب كامل لأن أرباب عملهم يمكن أن يكون بإمكانهم أن يعدلوا من مهامهم حتى يتم شفاؤهم تماماً. أو يمكن لقسم العمل والشؤون الصناعية أن يكمل لك أي نواقص في الراتب عن العمل الأول. (ملاحظة: إن تعويض الوقت الضائع أقل بكثير من راتب العمل).
3. لا تدفع الفواتير الطبية أو العلاجات الطبية المتعلقة بإصابتك. إن طلب منك الصيدلي أن تدفعها، احتفظ بالفاتورة ثم طالب قسم العمل والشؤون الصناعية بإعادة دفعها إليك في حدود ما يسمح به طلب التعويض الخاص بك.
4. احتفظ برقم شكاوك وقم بكتابته على كل المستندات التي ترسلها إلينا. يمكنك إيجاد هذا الرقم في نسخة العمال في زاوية الاستمارة السفلى على اليمين. ستجد مكتوباً: "هذا هو رقم شكاوك".
5. أرسل إلى مدير الشكاوى الخاص بك إن كنت تنوي تغيير مقدم الرعاية الصحية الخاص بك. يحصل التغيير بموجب كتاب خطي موقع منك شخصياً. ولا تنس أن تكتب رقم شكاوك عليه.

ثم أرسله إلى: قسم العمل والشؤون الصناعية  
Department of Labor & Industries  
PO Box 44291  
Olympia WA 98504-4291

## تعليمات مفصلة للإبلاغ عن حادث

يتضمن هذا القسم ترجمة لكل العلامات المكتوبة على المربعات 43 - 1 من الاستمارة. عند وجود لبس بخصوص ما يجب أن تكتبه، قمنا بإضافة توجيه لإيضاحه. تأكد من كتابة إجاباتك على الاستمارة نفسها وليس على هذا المستند.

### معلومات عن العامل:

اللغة المفضلة - قل لنا ما هي اللغة التي تفضل أن نتواصل بها معك عبر اختيار المربع المناسب. إن لم تكن لغتك المفضلة مدرجة، اختر المربع الأخير "غير ذلك" ثم اكتب اللغة المفضلة لديك على السطر.

1. الاسم - الأول، الثاني، اسم العائلة. استخدم اسمك القانوني الثلاثي.
2. الجنس - اختر ذكر أو أنثى.
3. رقم الضمان الاجتماعي.
4. رقم هاتف المنزل.
5. تاريخ الميلاد - الشهر/اليوم/السنة.
6. عنوان المنزل - المدينة، الدولة، الرمز البريدي.
7. الطول - باستخدام وحدتي القدم والبوصة.
8. الوزن - باستخدام وحدة الرطل.
9. عنوان البريد (إن كان مختلفاً عن عنوان المنزل) - المدينة، الولاية، الرمز البريدي.

### معلومات عن العيل:

قد نطلب منك إبراز إثبات على زواجك أو تسجيل شراكة منزلي أو أهلية إعالة.

### 10. الوضع العائلي: اختر المربع المناسب لحالتك.

العامود اليميني	العامود اليسار
أرمل	متزوج
أعزب	منفصل
	مطلق
	شريك منزلي مسجل

11. الأولاد الذين تعيلهم - أذكر الأولاد الذين لم يولدوا بعد مع تاريخ ولادتهم المتوقع. ستعتمد المنافع جزئياً على عدد الأولاد الذين تعيلهم بشكل قانوني. إن لم تكن لديك الوصاية القانونية عليهم، املأ المربع 13.

اكتب الاسم الكامل لكل من العيل إضافة إلى نسبة قرابتك إليهم والوصاية القانونية عليهم - اختر المربع الأول - نعم أو الثاني - لا إن كنت لا تملك الوصاية القانونية ثم اذكر تاريخ ميلاد كل من العيل.

12. اسم الزوج/الزوجة أو الشريك المنزلي المسجل.

13. اسم وعنوان الوصي القانوني على الأولاد - اذكر المدينة والولاية والرمز البريدي.

### معلومات عن الإصابة:

14. تاريخ الإصابة أو آخر زيارة للعمل. اذكر الشهر ثم اليوم ثم السنة.

15. وقت الإصابة - اذكر الوقت واختر المربع الأول لقبل الظهر أو الثاني لبعد الظهر.

16. المناوبات (اختر واحدة) - اختر المربع الأول لنوبة النهار أو الثاني لنوبة المساء أو الثالث لنوبة الليل.

17. هل تلقيت علاجاً مسبقاً لهذه الإصابة أو لحالة مشابهة؟ اختر المربع الأول - نعم أو الثاني - لا.

18. هل حصلت حالتك هذه نتيجة حادث معين؟ اختر المربع الأول - نعم أو الثاني - لا.

19أ. أجزاء الجسم المصابة أو التي تعرضت للإصابة.

19ب. صف بالتفصيل كيف أصبت أو كيف تعرضت للإصابة. (أذكر الأدوات أو الآلات أو المواد الكيميائية أو الأدخنة التي قد يكون لها علاقة بالإصابة.)

20. هل كنت تمارس مهنتك الاعتيادية؟ اختر المربع الأعلى - نعم أو الأسفل - لا.

21. أين حصلت الإصابة أو أين تعرضت لها؟ اختر المربع الأول لمبنى رب العمل أو الثاني موقع خاص بالعمل أو الثالث - "غير ذلك" ثم اكتب المكان الذي

حصلت فيه الإصابة في المكان المحدد.

22. أين حصلت الإصابة أو أين تعرضت لها؟ اذكر اسم الشركة. اكتب عنوان الشركة ذاكراً المدينة والمقاطعة والولاية والرمز البريدي.
23. هل حصلت الإصابة نتيجة علة في آلة أو منتج أو خطأ من شخص غير رب عملك أو زميلك في العمل؟ اختر المربع الأول لـ نعم أو الثاني لـ كلا أو الثالث لـ احتمال.
24. اذكر الشهود - اكتب أسماء الأشخاص الذين عاينوا حصول إصابتك..
25. متى ستعود للعمل مجدداً؟ أدخل التاريخ بهذا الشكل: الشهر/اليوم/السنة.
26. متى كانت آخر مرة مارست فيها العمل؟ أدخل التاريخ بهذا الشكل: الشهر/اليوم/السنة.
27. هل أبلغت رب عملك بالحادثة؟ اختر المربع الأول لـ نعم أو الثاني لـ كلا. في حال كانت إجابتك نعم، اكتب اسم الشخص وموقعه في العمل.
28. التاريخ الذي أبلغت عن الحادث فيه. أدخل التاريخ بهذا الشكل: الشهر/اليوم/السنة.
29. هل كنت تستفيد من منافع رعاية صحية مدفوعة من قبل رب العمل في التاريخ الذي حصلت فيه الإصابة؟ اختر المربع الأول لـ نعم أو الثاني لـ كلا.

#### معلومات عن العمل:

30. الاسم التجاري الخاص برب عملك.
31. نوع الشركة.
32. منذ متى وأنت تعمل في الشركة؟ يمكنك الإجابة بشكل تقريبي. أدخل عدد السنوات التقريبي في الفراغ الأول، و الأشهر في الفراغ الثاني، و الأسابيع في الفراغ الثالث، والأيام في الفراغ الرابع.
33. رقم هاتف رب العمل أدخل الرقم ذاكراً رمز المنطقة.
34. عنوان رب عملك. اذكر المدينة والولاية والرمز البريدي.
35. اذكر مسمى وظيفتك وصف المهام التي تضطلع بها.
36. معدل الأجر الذي تتقاضاه مقابل قيامك بالوظيفة. أدخل قيمة الأجر إلى جانب علامة الدولار. اختر معدل أجر واحد

العامة اليمين	العامة اليسار
الأسبوع	الساعة
الشهر	اليوم
	أكثر من معدل أجر واحد

37. ساعة في اليوم الواحد اذكر عدد الساعات التي عليك أن تشغل فيها وظيفتك يومياً.
38. يوم في الأسبوع الواحد اذكر عدد الأيام التي عليك أن تشغل فيها وظيفتك في الأسبوع.
39. إيرادات إضافية (بمعدل يومي) أدخل قيمة الأجر إلى جانب علامة الدولار. اختر من بين أنواع الإيرادات الإضافية المناسبة:

العامة اليمين	العامة اليسار
يقشيش	العمل بالقطعة
بدل مناوية	عمل إضافي
علاوات في الأشهر الـ 12 الماضية	عمولة

40. كم وظيفة مدفوعة تشغل؟
41. أنا: اختر كل المربعات التي تناسب حالتك

العامة اليمين	العامة اليسار
مساهم في شركة	مالك
مدير في شركة	شريك
التغطية الاختيارية	موظف إداري في شركة
لا تنطبق علي	

42. التوقيع - ملاحظة: الرجاء قراءة الإشعارات القانونية المدونة في الأسفل. بعد التوقيع، اكتب التاريخ بهذا الشكل: الشهر/اليوم/السنة .

أفيد بأن هذه التصاريح صحيحة حسب معلوماتي واعتقادي. بالتوقيع على هذه الاستمارة، أسمح لمقدمي الخدمات الصحية أو المستشفيات أو العيادات بكشف التقارير الصحية الخاصة بي التي صدرت عنهم أو عن غيرهم أمام قسم العمل والشؤون الصناعية .

43. التوقيع . بعد التوقيع، اكتب التاريخ بهذا الشكل: الشهر/اليوم/السنة .

أنا أرخص قسم العمل والشؤون الصناعية أو أي أطراف أخرى تعمل بالنيابة عنه على الاطلاع على السجلات الوظيفية السرية الخاصة بي من قسم أمانات الوظائف بغية المساعدة في تحديد منافع تعويض العمال .

ينص قانون واشنطن المنقح 51.36.060 على: إن أي معلومات طبية بحياسة أي شخص أو تحت يده تكون متعلقة بالإصابة التي تعرض لها أي عامل والذي تكون إصابته أو مرضه الناتج عن العمل أساس الشكوى المقدمة برأي القسم، يسمح هذا البند بأن يتم الكشف عنها في أي مرحلة من مراحل الإجراءات المتبعة لرب العمل وممثل المدعي والقسم عند الطلب، ولا ينجم عن كشف هذه المعلومات أي مسؤولية قانونية بحق أي شخص.

تنص الفقرة الفرعية (2) من قانون واشنطن المنقح 51.48.020 على: إن أي شخص يقدم طلب الانتفاع تحت هذا العنوان، ويسجل معلومات مزورة في الشكوى، يكون قد ارتكب جناية أو جنحة كبرى بحسب أحكام الابتزاز والأحكام التوقعية تحت بند 9-أ من قانون واشنطن المنقح.

الكشف عن رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك: أنت غير ملزم بالكشف عن رقم ضمانك الاجتماعي في هذه الاستمارة. إلا أن هذا الرقم قد يساعد قسم العمل والشؤون الصناعية على دراسة شكاوك بموجب قوانين التأمين الصناعية. (أنظر البند 51، قانون واشنطن المنقح والفصل 51.28 منه).

قانون واشنطن المنقح (13) 50.13.060: إن سوء استخدام السجلات أو المعلومات أو الكشف غير المرخص عنها من قبل أي شخص أو منظمة لها حق بالاطلاع عليها بموجب هذا الفصل يعرض هذا الشخص أو المنظمة للعقوبة المدنية التي تبلغ قيمتها خمسة آلاف دولار وغيرها من العقوبات بموجب قانون الولاية والقانون الفدرالي. ويجب أن ترفع الدعوى لتنفيذ هذه العقوبة من قبل محام عام، كما أن قيمة العقوبة يجب أن تدفع في صندوق احتياطي الطوارئ الإداري بقسم أمانات الوظائف. يحق للمحامي العام أن يتقاضى أجرًا معقولاً لقاء تنفيذ الحكم بموجب هذا القسم.

قانون واشنطن المنقح 50.13.015: في حال كانت قوانين الدولة أو القوانين الفدرالية تعتبر المعلومات المقدمة لدى القسم من قبل أي وكالة حكومية أخرى خاصة وسرية، لا يجوز للقسم أن يكشف عن أي من هذه المعلومات.

## كيف تحصل على المساعدة في ما يتعلق بطلب التعويض في قسم العمل والشؤون الصناعية

اتصل بنا: الخط الساخن الخاص بالعمال المصابين: 1-800-547-8367 (من الاثنين وحتى الجمعة من الساعة 8 وحتى الساعة 5)  
الاستعلامات الآلية عن الشكاوى: 1-800-831-5227  
خدمات الهاتف النصي لمن يعاني من مشاكل السمع/ النطق 1-360-902-5797

موقعنا الإلكتروني موقع قسم العمل والشؤون الصناعية: [www.Lni.wa.gov](http://www.Lni.wa.gov)

لمعرفة المزيد عن كيف ندرس الشكاوى، وما تغطيه تعويضات العمال، وكيفية حساب المنافع، وماذا يجب على رب عملك أن يفعل، وغيرها.

هل تحتاج للمساعدة التقنية فيما يخص موقعنا الإلكتروني؟

- البريد الإلكتروني: [WebSupport@Lni.wa.gov](mailto:WebSupport@Lni.wa.gov)
- رقم الهاتف: 360-902-5999

كما يمكنك الاتصال أو زيارة أحد المكاتب الميدانية لقسم العمل والشؤون الصناعية. ستجد الأرقام الخاصة بهم مسجلة في دفتر الهاتف تحت عنوان واشنطن، قسم العمل والشؤون الصناعية (WA State, Labor & Industries).

Tumwater 360-902-5800	Seattle 206-515-2800	Moses Lake 509-764-6900	East Wenatchee 509-886-6500	Aberdeen 360-533-8200
Vancouver 360-896-2300	Spokane 509-324-2600	Mount Vernon 360-416-3000	Everett 425-290-1300	Bellevue 425-990-1400
Yakima 509-454-3700	Tacoma 253-596-3800	Port Angeles 360-417-2700	Kennewick 509-735-0100	Bellingham 360-647-7300
	Tukwila 206-835-1000	Pullman 509-334-5296	Longview 360-575-6900	Bremerton 360-415-4000