

التأكيد الخاص باستحقاقات الوفاة لمجلس تعويضات العمال في ولاية نيويورك

استحقاقات الوفاة لتعويض العمال	كيفية ملء هذا التأكيد الخاص باستحقاقات الوفاة لتعويض العمال
<p>1. يقدم القانون ما يصل إلى 12500 دولار أمريكي لنفقات الجنازات بالولايات الجنوبية، و10500 دولار أمريكي في الولايات الشمالية، اعتمادًا على المقاطعة التي يتم تكبد النفقات فيها.</p> <p>2. كذلك يقدم القانون استحقاقات أسبوعية تصل إلى مبلغ أقصى، استنادًا إلى تاريخ الحادثة، للأشخاص التاليين: (أ) الزوج القانوني الوريث حتى يتزوج الزوج مرة أخرى، و(ب) أطفال المتوفى الذين تصل أعمارهم إلى 18 سنة (سن 23 إذا كانوا مسجلين بمؤسسة تعليمية معتمدة كطلاب بدوام كامل)، و(ج) أي أطفال معالين من أي عمر يكونون مكفوفين تمامًا أو يعانون من إعاقة كلية ودائمة.</p> <p>3. إذا لم يكن هناك زوج قانوني وريث أو أطفال معالون، فإن القانون يقدم استحقاقات أسبوعية للأحفاد أو الأشقاء الذين تقل أعمارهم عن 18 سنة ممن كانوا يعولون على المتوفى في الحصول على إعالة؛ أو للوالدين أو الأجداد الذين كانوا يعولون على المتوفى في الحصول على إعالة في وقت وفاته.</p> <p>4. إذا لم يكن هناك أفراد مستحقون لاستحقاقات الوفاة الأسبوعية، فقد يتم دفع 50000 دولار أمريكي لوالدي المتوفى، أو تجاه تركة المتوفى إذا كان والدا المتوفى متوفين.</p> <p>5. إذا تُلقيت أموالاً نتيجةً لدعوى قتل خطأ، فإن القانون يسمح لشركة التأمين بالحصول على رهن أو انتمان مقابل تلك الأموال. قد تؤثر حقوق شركة التأمين في الرهن والانتمان في قدرتك على تلقي استحقاقات تعويض العمال حتى استنفاد الرهن و/أو الانتمان. من المهم إبلاغ شركة التأمين بحالة دعوى القتل الخطأ، والحصول على موافقتها قبل التسوية.</p>	<p>1. يجب على الشخص الذي يسعى للحصول على استحقاقات الوفاة لتعويض العمال ملء هذا التأكيد. يجب على جميع المطالبين ملء القسم أ، والقسم ب، والقسم 1. استنادًا إلى صلتك بالمتوفى، يجب عليك أيضًا ملء الأقسام التالية:</p> <p><u>الأزواج: القسم 2 (والقسم 3 في حالة وجود أطفال).</u> والدا الأطفال أو الأوصياء عليهم: القسم 3. الوالدان، الأجداد المعالون: القسم 4. الأحفاد، الأشقاء المعالون: القسم 5. الوالدان غير المعالين: القسم 6. الممثل القانوني لتركة المتوفى: القسم 7.</p> <p>2. لا يتعين عليك سوى ملء الأقسام المذكورة أعلاه المتعلقة بصلتك بالمتوفى. اشطب جميع الأقسام أو الفقرات التي لا تنطبق عليك بعلامة X.</p> <p>3. اكتب بأحرف واضحة مقروءة. أدرج رقم الضمان الاجتماعي للمتوفى في كل صفحة، ورقم الحالة بمجلس تعويضات العمال في الصفحة 3، إذا كنت تعرفه.</p> <p>4. أجب بأكبر قدر ممكن من الدقة. أعد قراءة هذا التأكيد بعد ملئه للتأكد من دقته لأنك ستقسم على صحته. يشكل الاحتيايل فيما يتعلق بتعويضات العمال جنائية يعاقب عليها بالغرامات والسجن.</p> <p>5. أرسل التأكيد الكامل والموثق وجميع المرفقات إلى مجلس تعويض العمال على العنوان المذكور أدناه.</p>

نطرح أسئلة، اتصل بمكتب محامي العمال المصابين: 1-800-580-6665

مجلس تعويضات العاملين في ولاية نيويورك

البريد المركزي

صندوق بريد 5205

Binghamton, NY 13902-5205

عنوان البريد الإلكتروني للتقديم: wbcclaimsfilig@wcb.ny.gov

القسم 1: جميع المتقدمين بطلبات

يجب على جميع المتقدمين بطلبات ملء هذه الصفحة وإرسال هذا التأكيد وجميع المرفقات إلى مجلس تعويضات العمال بالبريد.

في مسألة مطالبة	
المطالب ، _____	(اسمك الأول والأخير)
التأكيد	بخصوص وفاة
الرقم بمجلس تعويضات العمال	المتوفى ، _____
_____	(الاسم الأول والأخير للمتوفى)
قانون تعويضات العمال القسم 16	ضد
صاحب العمل ، _____	(اسم صاحب عمل المتوفى في وقت الوفاة)
_____	(عنوان صاحب العمل)

التأكيد الخاص باستحقاقات الوفاة لمجلس تعويضات العمال في ولاية نيويورك

القسم أ: جميع المتقدمين بطلبات

يجب على جميع المتقدمين بطلبات ملء هذا القسم. أرفق ما يلي إن انطبق. ضع علامة على المربع في حالة إدراج المذكور.

- شهادة الوفاة (مطلوبة).
- نسخ من الوثائق التي يمكن للمجلس استخدامها لتحديد إجمالي الدخل الأسبوعي للمتوفى عن جميع الوظائف لمدة سنة واحد قبل الوفاة (إيصالات الرواتب، نموذج W-2، إلخ).
- نسخ من الإيصالات أو المستندات الأخرى المتعلقة بدفع نفقات الجنازة.
- نسخة من موافقة شركة التأمين على تسوية دعوى قتل خطأ.

1. أنا المطالب. أعيش في _____
(الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)

رقم هاتفي هو _____
(رمز المنطقة، الرقم)

رقم الضمان الاجتماعي الخاص بي هو _____
(الأرقام التسعة كلها)

أنا _____ المتوفى.
(زوج/ة، ابن، ابنة، والد/ة، جدة، شقيق، شقيقة، حفيد/ة، ممثل/ة تركية)

2. عنوان صاحب العمل المذكور أعلاه هو _____
(الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)

3. تاريخ ميلاد المتوفى هو _____
(الشهر واليوم والسنة)

رقم الضمان الاجتماعي للمتوفى هو _____
(الأرقام التسعة كلها)

تاريخ وفاة المتوفى هو _____
(الشهر واليوم والسنة)

في تاريخ الوفاة، _____ المتوفى موظفًا من قبل صاحب العمل المذكور أعلاه.
(كان أو لم يكن)

في _____ ، كان المتوفى في _____
(تاريخ ووقت الوفاة) (الشارع والمدينة والولاية)

وشارك في _____
(ما كان يفعله المتوفى وقت الوفاة)

وتوفي نتيجة _____
(اشرح كيفية وفاة المتوفى).

4. كانت الأجور الإجمالية للمتوفى (بما في ذلك العمل الإضافي والإكراميات) مقابل هذه الوظيفة _____ دولار أمريكي،
(المبلغ)

وأيضًا _____ دولار أمريكي مقابل _____ ، مدفوعة على أساس _____
(المبلغ) (سكن، إيجار، وجبات، إلخ.) (أسبوعي، نصف شهري، إلخ.)

5. _____ المتوفى وظيفة أخرى في وقت الوفاة، مع
(كان لدى أو لم يكن لدى)

_____ ، تقع في _____
(اسم صاحب العمل الآخر، إن وجد) (الشارع والمدينة والولاية والرمز البريدي)

كانت الأجور الإجمالية (بما في ذلك العمل الإضافي والإكراميات) المكتسبة مقابل هذه الوظيفة الأخرى _____ دولار أمريكي،
(المبلغ)

وأيضًا _____ دولار أمريكي مقابل _____ ، مدفوعة على أساس _____
(المبلغ) (سكن، إيجار، وجبات، إلخ.) (أسبوعي، نصف شهري، إلخ.)

رقم الضمان الاجتماعي للمتوفى: _____

التأكيد الخاص باستحقاقات الوفاة لمجلس تعويضات العمال في ولاية نيويورك

6. تم دفع نفقات الجنازة للمتوفى بقيمة _____ دولار أمريكي. وأنا أطلب تعويضًا من صاحب العمل و/أو المتعهد.
(المبلغ)

7. فيما يتعلق بوفاة المتوفى، إنني _____ دعوى قتل خطأ ضد
(أخطط لرفع، بدأت، قمت بتسوية)

_____ (اسم الطرف المخطئ)

لقد استرددت _____ دولار أمريكي في دعوى القتل الخطأ، والتي تمت تسويتها في _____
(المبلغ) (التاريخ)

القسم 2: الأزواج

يجب على الأزواج الذين يسعون للحصول على الاستحقاقات ملء هذا القسم. أرفق ما يلي إن انطبق. ضع علامة على المربع في حالة إدراج المذكور.

- نسخة من عقد الزواج (مطلوبة).
 توثيق أن زواجك السابق، إن وجد، قد فُسخ.
 توثيق أن زواج المتوفى السابق، إن وجد، قد فُسخ.
 نسخة من منحة الضمان الاجتماعي إذا كنت تتلقى استحقاقات وريثة.

8. أنا الزوج الوريث للمتوفى، وأسعى للحصول على الاستحقاقات نيابةً عن نفسي.

9. اسمي قبل الزواج هو _____
(اذكر الاسم قبل الزواج، إن انطبق)

10. تاريخ ميلادي هو _____
(الشهر، اليوم، السنة)

11. تزوجت المتوفى في _____ في _____
(الشهر، اليوم، السنة) (المدينة والولاية)

12. _____ متزوجًا قبل الزواج من المتوفى.
(كنت أو لم أكن)

13. المتوفى _____ كان متزوجًا قبل الزواج مني.
(كان أو لم يكن)

14. في تاريخ وفاة المتوفى، كنت ما زلت متزوجًا من المتوفى.

15. في تاريخ وفاة المتوفى، _____ نعيش معًا، و _____ هناك دعوى انفصال معلقة لفسخ الزواج.
(كنا أو لم تكن) (كانت أو لم تكن)

16. منذ وفاة المتوفى، _____ بالزواج مرة أخرى. تاريخ زواجي مرة أخرى هو _____
(قمت أو لم أقم) (الشهر، اليوم، السنة)

17. _____ أطفال من المتوفى.
(لدي أو ليس لدي)

18. المتوفى _____ أطفال من شخص آخر.
(لديه أو ليس لديه)

رقم الضمان الاجتماعي للمتوفى: _____

القسم 3: الأطفال

يجب على الأطفال الذين يسعون للحصول على الاستحقاقات ملء هذا القسم. أرفق ما يلي حيثما ينطبق، وضع علامة على المربع إذا كان مدرجاً.
 نسخ من شهادات الميلاد أو أوامر التبني (مطلوبة).

الوثائق التي تثبت أنك وصي قانوني على أي من أطفال المتوفى، إذا لم تكن أحد الوالدين.

الوثائق التي تظهر أن أي أطفال للزوج أو أطفال خارج إطار الزواج كانوا يعولون على المتوفى في الحصول على إعالة.

الوثائق المصدقة من مؤسسة تعليمية معتمدة تبين أن أي طفل يتراوح عمره ما بين 18 و 23 سنة مسجل ويحضر بدوام كامل.

إثبات الإعاقة أو العمى.

19. أنا أسعى للحصول على استحقاقات تعويض العمال للطفل (الأطفال) التالي(ين)، الذي كان يعول على المتوفى في الحصول على إعالة في وقت وفاة المتوفى.

20. بصفتي والد(ة) الطفل (الأطفال) المدرج(ين) أدناه أو الوصي القانوني عليه(م)، أطلب أن يتم اعتباري شخصاً مسؤولاً قانوناً عنه(م) وأن يتم دفع أي منح تعويض خاصة به(م) إلي بالنياية عنه(م).

21. في حالة تحديد أنني الشخص المسؤول قانوناً عن هذا الطفل القاصر (الأطفال القصر)، فأنا أوافق على تقديم تقارير، بمعدل سنوي أو بمعدل أكثر تكراراً، وفقاً لما يطلبه رئيس مجلس تعويضات العمال، فيما يتعلق بأي نفقات خاصة بأي منح مستفيد منها القصر.

22. أنا والد الطفل (الأطفال) أو الوصي القانوني عليه(م) المدرج(ين) في الجدولين 1 و/أو 2.

تتعلق كل من الجدال التالية بصلة وظروف معيشية مختلفة بين الأطفال المعالين وبينك وبين المتوفى. يرجى الإجابة عن جميع الأسئلة في أي جدول يتعلق بوضعك، وتخطي أي جدول غير ذي صلة. قد يتعين عليك ملء أكثر من جدول واحد.

الجدول 1. الأطفال الذين عاشوا مع المتوفى و/أو معي. يرجى الإجابة عن جميع الأسئلة.

الاسم الأول والاسم الأخير	الصلة بالمتوفى	الصلة بالمطالب	تاريخ الولادة	هل الطفل مكفوف تماماً؟ (نعم/لا)	هل يعاني الطفل من إعاقة كلية دائمة؟ (نعم/لا)	عاش الطفل معي (نعم/لا)	عاش الطفل مع المتوفى (نعم/لا)

التأكيد الخاص باستحقاقات الوفاة لمجلس تعويضات العمال في ولاية نيويورك

الجدول 2. الأطفال الذين لم يعيشوا مع المتوفى أو معي. يرجى الإجابة عن جميع الأسئلة.

الاسم الأول والاسم الأخير	الصلة بالمتوفى	العنوان	الصلة بالمطالب	تاريخ الولادة

الجدول 3. أنا لست الوصي القانوني على الطفل (الأطفال) التالي(ين)، ولكن بناءً على معلومات واعتقاد، فيما يلي أسماء جميع أطفال المتوفى الآخرين:

الاسم الأول والاسم الأخير	الصلة بالمتوفى	العنوان	تاريخ الولادة

القسم 4: الوالدان أو الأجداد المعالون

يجب ملء هذا القسم من قبل الوالدين أو الأجداد المعالين الذين يسعون للحصول على الاستحقاقات. ضع علامة على المربع الذي يشير إلى إدراج عنصر ما:

- الوثائق التي تثبت الصلة التي تجمعك بالمتوفى (مطلوبة).
- الوثائق (الإقرارات الضريبية، الشيكات، البيانات المصرفية، إلخ.) التي توضح إعالة المتوفى لك ودفعه لنفقاتك (مطلوبة).
- أمر المحكمة أو التوكيل الرسمي إذا كنت الممثل القانوني للوالدة (الجددة) المعال (ة) أو الجدة (الجددة) المعال (ة) وتقدم الطلب نيابة عنه/عنها (إن انطبق).

24. إنني أؤكد أنه في وقت الوفاة، لم يكن لدى المتوفى زوج وريث أو أطفال معالون تحت سن 18 سنة (أو أقل من 23 سنة إذا كانوا مسجلين ويحضرون في مؤسسة تعليمية معتمدة كطلاب بدوام كامل)، أو أي أطفال مكفوفين تمامًا أو يعانون من إعاقة كلية ودائمة.

25. المتوفى هو _____
(ابني أو ابنتي أو حفيدي أو حفيدتي)

26. مع المتوفى وقت الوفاة. _____
(كنت أعيش أو لم أكن أعيش)

رقم الضمان الاجتماعي للمتوفى: _____

التأكيد الخاص باستحقاقات الوفاة لمجلس تعويضات العمال في ولاية نيويورك

27. لقد كنت معالاً _____ على المتوفى بسبب _____
(كلية أو جزئياً)

(اشرح سبب كونك معالاً)

28. في وقت وفاة المتوفى، كانت لدي مصادر الدخل التالية ولا أزال أمتلكها في الوقت الحالي:

مصدر الدخل (على سبيل المثال، الوظيفة، الضمان الاجتماعي، إلخ.)	المبلغ المتلقى	الوتيرة

29. في وقت وفاة المتوفى، كنت أتكبد النفقات التالية في الشهر:

طبيعة النفقات	مبلغ النفقات

30. دفع المتوفى هذه النفقات الخاصة بي بشكل مباشر.

طبيعة النفقات	المسؤول قانوناً عن النفقات	مبلغ النفقات	كيف دفع المتوفى النفقات

رقم الضمان الاجتماعي للمتوفى: _____

القسم 5: الأشفاء أو الأحفاد المعالون

يجب ملء هذا القسم من قِبل الأشفاء أو الأحفاد المعالين الذين يسعون للحصول على الاستحقاقات. أرفق ما يلي حينما ينطبق على مطالبتك، وضع علامة على المربع إذا كان مدرجًا:

- شهادات ميلاد جميع المعالين (مطلوبة).
- أوامر المحكمة بالتبني في حالة كان المعالون متبنين من قِبل أطفال المتوفى أو والديه.
- الوثائق مثل الإقرارات الضريبية، الشيكات من المتوفى، البيانات المصرفية، وما إلى ذلك التي تظهر إعالة المتوفى للمعالين.
- الوثائق التي تثبت أنك الوصي القانوني على المعالين (إذا لم تكن أحد الوالدين).

31. إنني أؤكد أنه في وقت الوفاة، لم يكن لدى المتوفى زوج وريث أو أطفال معالون تحت سن 18 سنة (أو أقل من 23 سنة إذا كانوا طلاب بدوام كامل مسجلين وملتحقين بمؤسسة تعليمية معتمدة)، أو أي أطفال مكفوفين تمامًا أو يعانون من إعاقة كلية ودائمة.

32. أنا _____ الأشخاص التاليين الذين كانوا يعولون على المتوفى:
(والد، والدّة، الوصي القانوني/ة على)

الاسم الأول والأخير للمعال	الصلة بالمتوفى	الصلة بالمطالب	تاريخ الولادة	اسم الشخص الذي يعيش المعال معه الآن وعنوانه

33. كان _____ المعال يعيش مع _____
(الحفيد، الأحفاد، الشقيق، الأشفاء، الشقيقة، الشقيقات)

وقت وفاة المتوفى في هذا العنوان: _____
(المتوفى أو اسم الشخص إن لم يكن المتوفى)

(الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)

34. كان _____ المعالون يعولون على المتوفى بسبب _____
(الأحفاد، الأشفاء)

(اشرح سبب كونهم معالين)

35. أطلب أن يتم تحديد أنني الشخص المسؤول قانونًا من أجل الحصول على الاستحقاقات واجبة الدفع، نيابةً عن الأشفاء المعالين المذكورين أعلاه.

36. إذا تم تحديد أنني الشخص المسؤول قانونًا عن الأشفاء و/أو الأشفاء المعالين، فأنا أوافق على تقديم تقارير، بمعدل سنوي أو بمعدل أكثر تكرارًا، وفقًا لما يطلبه رئيس مجلس تعويضات العمال، فيما يتعلق بأي نفقات خاصة بالمنح المستفيد منها القصر.

رقم الضمان الاجتماعي للمتوفى: _____

القسم 6: الوالدان غير المعالين

يجب ملء هذا القسم من قِبل الوالدين غير المعالين. أرفق شهادة ميلاد المتوفى. ملاحظة: تبلغ استحقاقات الوفاة للوالدين غير المعالين 50000 دولار أمريكي إذا كانا متزوجين من بعضهما بعضًا أو 50000 دولار أمريكي إذا كان واحد منهما فقط على قيد الحياة. إذا لم يكن الوالدان متزوجين كل منهما الآخر، فستكون قيمة الاستحقاقات 25000 دولار أمريكي لكل منهما، ويجب على كل منهما تقديم تأكيد خاص به/بها.

37. أؤكد أن المتوفى وقت الوفاة لم يكن متزوجًا؛ ولم يكن لديه أي طفل أطفال تحت سن 23 ؛ ولا أي طفل أطفال مكفوف أو معاق جسديًا معال؛ ولا أي حفيد أحفاد أو أخ إخوة أو أخت أخوات تحت سن 23 ؛ ولا أي حفيد أحفاد أو أخ إخوة أو أخت أخوات مكفوفين أو معاقين جسديًا معالين.

38. بصفتي _____ الحي وغير المعال للمتوفى في وقت الوفاة _____
(نحن أو أنا) (أم/أب، أو أم وأب)

دفع مبلغ _____ إلى _____ كما هو موضح أدناه.
(نحن أو أنا) (25000 دولار أو 50000 دولار)

_____ (الاسم (الأسماء) الأول والأخير)

_____ (الشارع والمدينة والولاية والرمز البريدي للمنطقة حيث تعيش)

_____ (رقم الهاتف متضمنًا رمز المنطقة)

القسم 7: الممثل القانوني لتركبة المتوفى

يجب على الممثل القانوني لتركبة المتوفى ملء هذا القسم. أرفق ما يلي، إن انطبق، وضع علامة على المربع إذا كان مدرجاً:

- الوثائق التي توضح سلطة منصب تمثيل تركبة المتوفى، مثل خطابات الوصية أو خطابات الإدارة (مطلوب).
- نسخ من شهادات وفاة والدي المتوفى.
- وثائق مثل الإقرارات الضريبية، والشيكات، وكشوف الحسابات المصرفية، وما إلى ذلك، التي تُظهر أن المتوفى قد دعمك ودفع المصاريف التي تكبدتها.
- شهادة ميلاد المتوفى.

39. أؤكد أنه في وقت الوفاة، لم يكن المتوفى متزوجاً؛ ولم يكن لديه أي أطفال دون سن 23 عاماً، ولا أي أطفال مكفوفين أو معاقين جسدياً معالين؛ ولا أي أحفاد أو أشقاء معالين دون سن 23 عاماً؛ ولا أي آباء أحياء ولا أي من الأحفاد أو الأشقاء المكفوفين أو المعاقين جسدياً المعالين.

أنا الممثل القانوني لتركبة المتوفى.

المتوفى وقت الوفاة لم يكن متزوجاً؛ ولم يكن لديه أي طفل (أطفال) تحت سن 23؛ ولا أي طفل (أطفال) مكفوف أو معاق جسدياً معال؛ ولا أي حفيد (أحفاد) أو أخ (إخوة) أو أخت (أخوات) تحت سن 23؛ ولا أي حفيد (أحفاد) أو أخ (إخوة) أو أخت (أخوات) مكفوفين أو معاقين جسدياً معالين.

40. والدة المتوفى هي _____ التي توفيت في _____
(الاسم الأول والاسم الأخير) (الشهر واليوم والسنة)

41. والد المتوفى هو _____ الذي توفي في _____
(الاسم الأول والاسم الأخير) (الشهر واليوم والسنة)

42. اسمي هو _____ . عنواني هو _____
(الاسم الأول والاسم الأخير) (الشارع والمدينة والولاية والرمز البريدي)

(الشارع والمدينة والولاية والرمز البريدي)

ورقم هاتفي هو _____
(رقم الهاتف متضمناً رمز المنطقة)

43. أطلب بموجب هذه الوثيقة دفع مبلغ 50000 دولار إلى تركبة المتوفى باسمي كما هو مذكور أعلاه.

القسم ب: جميع المتقدمين بطلبات

يجب على جميع المتقدمين بطلبات ملء هذه الصفحة. أرسل هذا التأكيد وجميع المرفقات إلى مجلس تعويض العمال بالبريد.

من خلال التوقيع باسمي أدناه، أؤكد في هذا اليوم الموافق _____ من شهر _____ لعام _____ 20، بموجب عقوبات الحنث باليمين وفقاً لقوانين ولاية نيويورك التي قد تشمل الغرامة أو السجن، أن ما سبق صحيح، وأدرك أن هذا المستند قد يتم تقديمه في دعوى أو إجراء في محكمة قانونية. وأؤكد أيضاً أنني أدرك أن القانون ينص على عقوبات الحنث باليمين للإدلاء بإفادات كاذبة عن عمد فيما يتعلق بالمطالبة بالتأمين.

التوقيع (بالحبر فقط - استخدم قلم حبر أزرق، إن أمكن)