

قبل إكمال هذا النموذج، ربما ينبغي لك أن تتحدث إلى ممثل قانوني. يمكنك أيضًا الاتصال بالرقم 1-800-580-6665، وأن تطلب التحدث مع محامي مجلس تعويض العمال المختص في شؤون العمال المصابين. يرجى الإجابة عن جميع الأسئلة إجابات كاملة. أرفق صفحات إضافية عند الحاجة.

أ. بياناتك

الاسم: _____
 الاسم الأول _____ الاسم الأخير _____ الحرف الأول من الاسم الأوسط _____
 العنوان: _____
 الرقم والشمارع _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____
 تاريخ الميلاد: _____ رقم الضمان الاجتماعي: _____ تاريخ الإصابة/الإعاقة: _____

ب. مستواك التعليمي (اختر أعلى مستوى تعليمي)

أقل من دبلوم المدرسة الثانوية دبلوم المدرسة الثانوية أو دبلوم التعليم العام في الكلية خريج كلية
 في أي دولة أتممت أعلى مستوى تعليمي لك: الولايات المتحدة غير ذلك (حدد من فضلك)
 هل تلقيت أي تدريب عملي متخصص أو حصلت على تدريب مهني؟ نعم لا
 إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى ذكر نوع التدريب: _____
 تاريخ إتمام التدريب: _____ الشهادة/الترخيص المستلم: _____
 تاريخ (تواريخ) انتهاء صلاحية الشهادة/الترخيص: _____
 هل سبق لك أن خدمت في الجيش الأمريكي؟ نعم لا الشعبة: _____ التواريخ: _____
 التدريب المتخصص في أثناء الالتحاق بالجيش الأمريكي: _____
 يرجى ذكر أي تدريب إضافي. اكتب اسم المدرسة/البرنامج وتاريخ التدريب وأي درجة أو شهادة حصلت عليها.

ج. خبراتك المهنية

أضف جميع المسميات الوظيفية خلال السنوات العشر الماضية (مثل عامل مستودع، طباط)، ورتبها من الأحدث إلى الأقدم. أرفق أوراقًا إضافية عند الحاجة.

المسمى الوظيفي: _____
 المهام الوظيفية: _____
 المدة التي قضيتها في هذه الوظيفة (بالأعوام): _____
 المسمى الوظيفي: _____
 المهام الوظيفية: _____
 المدة التي قضيتها في هذه الوظيفة (بالأعوام): _____
 المسمى الوظيفي: _____
 المهام الوظيفية: _____
 المدة التي قضيتها في هذه الوظيفة (بالأعوام): _____

د. معرفتك باللغة الإنجليزية وممارستك لها

حدد مستوى قدرتك على: التحدث جيدة ليست جيدة لا أتقن التحدث مطلقًا
 القراءة جيدة ليست جيدة لا أتقن القراءة مطلقًا
 الكتابة جيدة ليست جيدة لا أتقن الكتابة مطلقًا

المعلومات التي أقدمها صحيحة ودقيقة على حد علمي واعتقادي. وقعت على هذا النموذج مقرًا باتني أفع تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين.

توقيع المُطالب: _____
 اسم المُطالب (يرجى الكتابة بخط واضح): _____
 التاريخ: _____

تعليمات لاستكمال النموذج VDF-1، "فقد القدرة على كسب الأجر - نموذج البيانات المهنية"

يرجى الإجابة عن جميع الأسئلة إجابات كاملة. أرفق صفحات إضافية عند الحاجة. أرسل هذا النموذج إلى Workers' Compensation Board (مجلس تعويض العمال) على العنوان المذكور أدناه. قبل إكمال هذا النموذج، ربما ينبغي لك أن تتحدث إلى ممثل قانوني. يمكنك أيضاً الاتصال بالرقم 1-800-580-6665، وأن تطلب التحدث مع محامي مجلس تعويض العمال المختص في شؤون العمال المصابين. ستستخدم الحقائق الواردة في هذا النموذج لتحديد مدى فقدانك للقدرة على كسب الأجر.

إذا لم يكن لديك رقم قضية لدى مجلس تعويض العمال أو لا تعرفه، فيرجى ترك هذا الحقل فارغاً. لا يلزم معالجة مطالبتك. تأكد من إدراج اسمك وتاريخ إصابتك أو مرضك.

القسم (أ) - بياناتك:

- اكتب اسمك بالكامل. اذكر الاسم الأول والحرف الأول من الاسم الأوسط والاسم الأخير.
- اكتب رقم القضية لدى مجلس تعويض العمال، إذا كان معروفاً.
- اكتب عنوانك البريدي. اذكر رقم صندوق البريد. إن أمكن، فاذكر المدينة أو البلدة، والولاية، والرمز البريدي.
- اكتب تاريخ ميلادك
- اكتب رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك. ترجع أهمية ذلك إلى تقديم المساعدة بشأن مطالبتك بصورة أسرع.
- اذكر تاريخ الإصابة.

القسم (ب) - مستواك التعليمي:

- ضع علامة في المربع بجوار أعلى مستوى تعليمي أتممته.
- اختر "نعم" إذا كنت قد أكملت أي تدريب مهني متخصص. اختر "لا" إذا لم تقم بذلك. إذا كانت إجابتك "نعم"، فاذكر نوع التدريب والتدريب المهني. اذكر تاريخ إتمام التدريب أو التدريب المهني. اذكر أي شهادة أو ترخيص تم استلامه وتاريخ انتهاء صلاحيته.
- اختر "نعم" إذا كنت قد خدمت في الجيش الأمريكي. اختر "لا" إذا لم تقم بذلك. إذا أجبت بـ "نعم" على السؤال، فحدد الشعبة العسكرية التي خدمت فيها. املأ الحقل بتواريخ الخدمة. اذكر أي تدريب مهني و/أو متخصص تلقيتته.
- إذا أكملت أي تدريب آخر غير مذكور أعلاه، فيرجى ذكر نوع التدريب الذي تلقيتته. حدد أي درجة أو شهادة حصلت عليها.

القسم (ج) - خبراتك المهنية:

- اذكر آخر مسمى وظيفي لك (مثل عامل مستودع، طباط). إذا كنت قد شغلت هذه الوظيفة مع أكثر من صاحب عمل، فلا تذكرها إلا مرة واحدة فقط.
- اذكر الأنشطة والمهام المعهودة في وظيفتك.
- اذكر المدة التي شغلت فيها هذه الوظيفة.

القسم (د) - معرفتك باللغة الإنجليزية وممارستك لها:

- حدد مدى معرفتك باللغة الإنجليزية وممارستك لها.

قدم النسخة الأصلية والموقعة إلى مجلس تعويض العمال واحتفظ بنسخة لاستخدامها عند الحاجة.

لا يمكن لصاحب العمل المحتمل أن يطلب منك الكشف عن سجلات تعويضات العمال الخاصة بك. راجع القسم a-110 من قانون تعويض العمال

طريقة تقديم هذا النموذج

يجب تقديم التقارير بإرسالها مباشرة إلى مجلس تعويض العمال على العنوان المبين أدناه مع إرسال نسخة إلى شركة التأمين. يمكن أيضاً تقديم التقارير عبر الفاكس بإرسالها إلى رقم فاكس مجلس تعويض العمال على مستوى الولاية على الرقم 1-877-533-0337. عند إرفاق مستندات إضافية، يرجى أن تكتب في كل صفحة رقم القضية لدى مجلس تعويض العمال (# WCB).

NYS Workers' Compensation Board (مجلس تعويض العمال بولاية نيويورك)

البريد المركزي

PO Box 5205

Binghamton, NY 13902-5205