



OMB No. 1215-0031

1. شماره OWCP		2. شماره بیمه		3. تاریخ و زمان تصادف یوم/شهر/سنة ساعة/دقیقة ص/م	
4. اسم کارگر زخمی/ درگذشته (تایپ یا چاپ کنید- اسم ، اسم میانی، اسم فامیل) تلفن		5. آدرس کارگر (پلاک، خیابان، شهر، ایالت ، کد پستی، کشور)			
6. جراحت طبق قانون فوق گزارش شده است (یکی را علامت بزنید)		7. مشخص کنید که جراحت و زخمی شدن کجا اتفاق افتاده است(فقط قانون بارگیری) (یکی را علامت بزنید)			
الف ☐ قانون جبران خسارت کارگران اسکله و بارگیری		الف. ☐ در کشتی دور از وطن یا روی آبهای قابل کششیرانی			
ب. ☐ قانون جبران خسارت پایگاههای دفاعی		ب. ☐ اسکله بارانداز			
د. ☐ قانون وسایل کمکهای مالی غیرنظامی		د. ☐ دکل روی خشکی			
ج. ☐ قانون بخش سرزمینهای خارج قاره ای		ج. ☐ ترمینال دریایی			
		چ. ☐ راه ساختمان			
		ح. ☐ راه آهن دریایی			
		خ. ☐ مناطق مجاور دیگر			
14. آیا کارگر فوراً کار را متوقف کرده است؟		15. تاریخ و ساعتی که کارگر به سرکار برگشته است یوم/شهر/سنة ساعة/دقیقة ص/م			
☐ بلی ☐ نه					
17. آیا زخمی شدن یا مرگ بر املاک و متعلقات کارفرما اتفاق افتاده است؟		18. این کارگر بطور معمولی در کدام اداره کار می کرده است			
☐ بلی ☐ نه		19. شغل			
20. تاریخ و ساعتی که پرداخت متوقف شده است یوم/شهر/سنة ساعة/دقیقة ص/م		21. کدام روزها در طول هفته کار می کرده است؟ (X) روز را علامت بگذارید S M T W T F S			
23. دستمزد یا درآمد (شامل اضافه کاری، فوق العاده و غیره)		24. (دستورالعملها رابطور برعکس ببینید) این مورد باید مشخص شود که تصادف در استخدام دریایی بوده و در منطقه مجاور آبهای قابل کششیرانی اتفاق افتاده است.			
الف. ساعتی					
ب. روزمره					
د. هفتگی					
ج. سالانه					
26. توضیح دهید که تصادف چگونه اتفاق افتاده است(شواهدی را که باعث جراحت یا بیماری شغلی شده اند توضیح دهید. بگویید که کارگر مجروح شده در موقع جرتحت چه کاری انجام می داده است. بگویید چه چیزی و چطوری اتفاق افتاد. اسم هر شی یا ماده ای که باعث آن شد و چگونه باعث آن تصادف شدند. جزئیات کامل همه عواملی که باعث ایجاد آن تصادف شدند را توضیح دهید)					
(از ورق اضافی در صورت نیاز استفاده کنید و آن را به این گزارش ضمیمه کنید)					
27. طبیعت جراحت (اسم بخشی از بدن که مجروح شده - پای شکسته ، شست راست ضرب دیده) اگر برش یا قطع عضوی از بدن وجود داشته باشد ، توضیح دهید.					
28. آیا توجه و رسیدگی پزشکی تایید شده است؟		29. تاریخ تایید را وارد کنید یوم/شهر/سنة		30. آیا پزشک معالج اولی توسط کارگر انتخاب شده بود؟	
☐ بلی ☐ نه				☐ بلی ☐ نه	
31. آیا شرکت بیمه مطلع شده است؟ ☐ بلی ☐ نه					
32. پزشک					
33. بیمارستان					
34. شرکت بیمه					
35. کارفرما					
36. طبیعت و وضعیت کار کارفرما					
37. امضای مقام رسمی برای تایید کارفرما					
38. عنوان رسمی شخص امضا کننده این گزارش					
39. تاریخ این گزارش (یوم/شهر/سنة)					
اسم شخص امضاء کننده این گزارش					

این ترجمه توسط شرکت بیمه CNA برای استفاده خود (تقاضا کننده ها/ بیمه شده ها) برای تکمیل و پر کردن توسط شرکت بیمه CNA تهیه شده است.

برای انجام مراقبت‌های پزشکی طبق قانون پرداخت جبران خسارت‌ها که لازم است و در روز چهاردهم بعد از اولین اطلاع کارفرما از جراحات یا مرگ باید انجام شود. در صورت هرگونه کوتاهی در این قانون جریمه های مقرر شده و اخذ خواهد شد. این اطلاعات برای واجد بودن منافع استفاده خواهد شد. لازم نیست اشخاص به این جمع آوری اطلاعات پاسخ دهند مگر اینکه شماره کنترل OMB معتبر فعلی در آنها نشان داده شود

این گزارش در دو نسخه برای مدیر حوزه در اداره حوزه مناسب برای برنامه جبران خسارت اداره کارگران و برای 33.U.S 930(a) تهیه شده است. باید در مدت 10 روز بعد از جراحات یا مرگ یا تاریخی که کارفرما از جراحات یا مرگ آگاه شده است پرونده شود. طبق این قانون همه هزینه های معالجات پزشکی و جبران خسارت‌ها بایستی توسط کارفرما یا شرکت بیمه تامین شود. معالجه بایستی با پزشک انتخاب شده توسط کارگر انجام شود مگر پزشک در لیست پزشکان تایید شده فعلی برای اداره کارگران

جراحتهای قابل گزارش- هرگونه جراحات در اثر تصادف که باعث ترک یکی یا چند تا از شیفتهای کارکردن یا باعث مرگ شود و در دوره استخدام، شامل بیماری شغلی یا عفونت ناشی از آن که بطور طبیعی از شغل ناشی شده یا نتایج غیر قابل اجتناب از جراحات تصادفی باشد. اگر کار فرما حق جبران خسارت را رد کند آن بایستی باتوجه به رد کردن جبران خسارت برای مدیر حوزه در مدت 14 روز بعد از اطلاع از تصادف انجام شده یا مرگ پرونده شود

مورد 24- " محل دقیقی که تصادف اتفاق افتاده است" لازم است نزدیکترین خیابان، شهر در حالت کلی مشخص شود.

- اگر در کشتی است، محل تصادف در کشتی را که زخمی شدن اتفاق افتاده مانند (عرشه، انبار کشتی، دکل‌های دوگانه، موتورخانه و غیره) با ذکر اسم کشتی لازم است

- اگر در مناطق مجاور یا اسکله، لنگرگاه، دکل روی خشکی، ترمینال، راه ساختمان، راه آهن دریایی، یا مناطقی که بطور معمول برای بارگیری، تخلیه، تعمیر و ساخت یک کشتی مورد استفاده قرار می گیرد، اتفاق افتاده است.

اسم و شماره اسکله، دکل زمینی، راه آهن دریایی و غیره. اسم ترمینال یا محل لنگراندازی کشتیها نزدیکترین آدرس خیابان- شهر و ایالت

- اگر در پایگاه نظامی یا دفاعی بوده است

محل دقیق در پایگاه که زخمی شدن اتفاق افتاده است اسم پایگاه محل پایگاه- شهر یا کشور

- اگر در محل حفاری خارج از قاره آمریکا اتفاق افتاده است

سایت حفاری و شماره بلوک را ارائه دهید اسم منطقه (برای مثال منطقه دلتای غربی) شماره اجاره نامه فدرال، اجاره نامه ایالتی شماره فاصله و اسم نزدیکترین سرزمین اسم ایالت

مورد A-6 قانون جبران خسارت کارگران بندرگاه و بارانداز جراحات کارگران را در فعالیتهای دریایی در دوره استخدام بر روی آبهای ایالات متحده آمریکا تعهد می کند (که شامل اسکله، لنگرگاه، دکل روی خشکی، ترمینال، راه ساختمان، راه آهن دریایی، یا در مناطق مجاور که توسط کارفرما در بارگیری، تخلیه، تعمیر و ساخت یک کشتی استفاده می شود) کارمندان زخمی شده در آبهای ساحلی ایالات متحده و مناطق دیگر گفته شده که در موقع زخمی شدن در استخدام نیروی دریایی بوده و جزو موارد گفته شده در قانون (33 U.S.C. 902) نبوده است در بر می گیرد.

ب. قانون پایگاههای دفاعی هر گونه استخدام (1) در نیروهای ارتش، نیروی هوایی و پایگاههای دریایی و کشتیرانی ایالات متحده آمریکا از کشورهای خارجی، (2) در سرزمینهای وابسته یا سرزمینهایی که توسط ایالات متحده آمریکا برای مقاصد نظامی یا دریایی خارج از منطقه قاره آمریکا استفاده می شود، (3) برای هرگونه کار و فعالیت در سرزمینها یا مناطق مربوط خارج از قاره آمریکا طبق قرارداد یک کنترات کننده با ایالات متحده آمریکا، (4) طبق قرارداد انجام شده با ایالات متحده آمریکا که چنین کنتراتی در خارج از منطقه قاره آمریکا و خارج از مناطق تعیین شده در موارد (1)، (2) و (3) بالا برای مقاصد کارهای عمومی، (5) طبق کنتراتی تایید شده و با هزینه ایالات متحده آمریکا طبق قانون قراردادهای امنیت دو جانبه مصوب 1954، و طبق ترمیم های آن و (6) در سرویس کارفرمایان آمریکایی که کمک مالی بلاعوض یا خدمات مشابهی برای تامین منافع نیروهای مسلح آمریکا در خارج از منطقه قاره آمریکا انجام می دهند، شامل می شود

د. قانون وسایل کمکهای مالی غیرنظامی برای کارمندان و کارگران غیر رسمی نیروهای مسلح برای مثال، مسئولان پست، سرویس تصاویر متحرک و غیره کمکهای مالی فراهم می کند.

ج. قانون بخش سرزمینهای خارج از قاره آمریکا کارمندان و کارگرانی را در بر می گیرد که برای کارفرمایان خصوصی در عملیات انجام شده در محل حفاری خارج از قاره آمریکا به منظور کشف، توسعه، حذف و زدودن، یا حمل منابع طبیعی توسط خط لوله ها را در سرزمینهای فرعی ادغام شده کار می کنند.

توجه: پرکردن این فرم به معنی قبول و پذیرش شرایط طبق قانون جبران خسارت‌ها نمی باشد. هر کارفرما، شرکت بیمه، یا کارفرما با بیمه شخصی، که دانسته و بطور عمدی این گزارش را موقعی که لازم و ضروری است تهیه و تایید نکند یا اطلاعات و شواهد دروغ و جعلی ارائه دهد یا موارد اتفاق افتاده را بصورت دیگر در این فرم وانمود کند مستحق جریمه افراد غیر نظامی تا 10000 دلار برای هر مورد جعل، رد و نشان دادن وضعیت دروغ می باشد. (33.U.S.C.930(e)) این گزارش به معنی گواه و مدرکی دال بر راست بودن موارد ذکر شده در اینجا و باتوجه به زخمی شدن یا مرگ که این گزارش راجع به آنه تهیه شده است، نمی باشد. (33.U.S.C.930(c))

موقعیت و مسئولیت عمومی

ما تخمین می زنیم که در حدود 15 دقیق طول می کشد تا این جمع آوری اطلاعات، شامل زمان لازم برای مشاهده دستورالعملها، جستجوی منابع داده های موجود، جمع آوری و نگهداری داده های مورد لزوم، و مشاهده و بررسی جمع آوری اطلاعات کامل شود. اگر شما نکته ای درمورد این تخمین یا جنبه های دیگر این جمع آوری اطلاعات، شامل پیشنهاداتی برای کاهش مسئولیت داشته باشید، آنها را به اداره کارگران ایالات متحده، بخش برنامه جبران خسارت کارگران بندرگاهها و باراندازهای اداره ایالات متحده، 200 خیابان کانستیتوشن N.W. اتاق C-4315 واشنگتن 20210 بفرستید. این فرم کامل شده رابه این اداره نفرستید

این ترجمه توسط شرکت بیمه CNA برای استفاده خود (تقاضا کننده ها/ بیمه شده ها) برای تکمیل و پر کردن توسط شرکت بیمه CNA تهیه شده است.