



OMB No. 1215-0031

1. رقم مكتب برامج تعويضات العاملين		2. رقم شركة التأمين		3. تاريخ ووقت وقوع الحادث يوم/شهر/سنة ساعة/دقيقة/ص/م	
4. اسم الموظف المصاب/ المتوفى (اكتب أو اطبع - الاسم الأول، الثاني والكنية)		5. عنوان الموظف (الرقم، الشارع، المدينة، الولاية، الرقم البريدي)			
3. اسم الموظف (الأخير، الأول، الأوسط)		4. تاريخ حدوث الإصابة (الشهر واليوم والسنة)		5. المهنة	
6. يتم الإبلاغ عن الإصابة بموجب القانون التالي (ضع علامة على قانون واحد)		7. حدد مكان حدوث الإصابة (قانون السواحل فقط) (حدد اختيار واحد)			
أ. ☐ قانون تعويض العاملين في السواحل والمواني		أ. ☐ على متن السفينة أو في المياه الصالحة للملاحة			
ب. ☐ قانون القاعدة الدفاعية		ب. ☐ رصيف الميناء			
ج. ☐ قانون تدابير الأموال غير الموزعة		ج. ☐ الحوض الجاف			
د. ☐ قانون الأراضي الواقعة على الجرف القاري الخارجي		د. ☐ محطة بحرية			
		هـ. ☐ طريق بناء			
		و. ☐ سكك حديدية بحرية			
		ز. ☐ منطقة أخرى مجاورة			
14. هل توقف الموظف عن العمل على الفور؟ ☐ نعم ☐ لا		15. التاريخ والساعة التي عاد فيها الموظف إلى العمل يوم/شهر/سنة ساعة/دقيقة/ص/م			
17. هل حدثت الإصابة/الوفاة في موقع صاحب العمل ☐ نعم ☐ لا		18. الإدارة التي يعمل (كان يعمل) بها الموظف			
20. التاريخ والساعة التي توقف فيها استحقاق الأجر يوم/شهر/سنة ساعة/دقيقة/ص/م		21. ما هي الأيام المعتاد العمل خلالها على مدار الأسبوع ضع علامة (x) على الأيام الأحد الاثنين الثلاثاء الأربعاء الخميس الجمعة السبت			
23. الأجر أو المستحقات (اذكر بدل الوقت الإضافي، والبدلات وخلافه). أ. كل ساعة ب. يوميًا ج. أسبوعيًا د. سنويًا		24. المكان الذي وقع به الحادث على وجه التحديد (انظر التعليمات على الجانب الخلفي). يجب أن يحدد هذا البند المنطقة إذا وقع الحادث في خلال القيام بوظيفة بحرية في منطقة مجاورة للمياه الصالحة للملاحة.			
26. اذكر بالتفصيل كيفية وقوع الحادث (حدد الوقائع التي تسببت في الإصابة أو المرض المهني. اذكر ما كان يقوم به المصاب عند وقوع الحادث. اذكر ما حدث وكيفية حدوثه. اذكر أسماء أي أشياء أو مواد ذات صلة واذكر كيفية ارتباطها بالحادث. اذكر كافة التفاصيل الكاملة لجميع العوامل التي أدت إلى وقوع الحادث أو ساهمت في حدوثه) (استخدم ورقة (أوراق) إضافية عند الحاجة أرفقها بهذا التقرير)		25. كيف تم العلم بالحادث أو المرض المهني؟			
27. طبيعة الإصابة (اسم الجزء المصاب من الجسم - كسر بالساق اليسرى - كدمة بإبهام اليد اليمنى، إلخ) إذا حدث بتر لأحد أعضاء الجسم اذكره.		28. هل تم الترخيص بتقديم الرعاية الطبية؟ ☐ نعم ☐ لا			
29. اذكر تاريخ الترخيص يوم/شهر/سنة		30. هل تم اختيار الطبيب المعالج الأول من جانب الموظف؟ ☐ نعم ☐ لا			
31. هل تم إخطار شركة التأمين؟ ☐ نعم ☐ لا		32. الطبيب			
33. المستشفى		34. شركة التأمين			
35. صاحب العمل		36. طبيعة عمل صاحب العمل			
37. توقيع الشخص المفوض بالتوقيع نيابة عن صاحب العمل		38. المنصب الرسمي للموقع على هذا التقرير			
39. تاريخ هذا التقرير (يوم/شهر/سنة)		اسم الشخص الموقع لهذا التقرير			

تم إعداد هذه الترجمة بواسطة شركة تأمين CNA Insurance بغرض استخدامها من قبل [المطالين/المؤمن عليهم] في توجيه المطالبات لشركة CNA Insurance.

يجب إيداع نسختين من هذا التقرير لدى مدير المنطقة في فرع المنطقة المعنية لمكتب برامج تعويضات العاملين وذلك بموجب القانون 33U.S.C. 930 (a) يجب تقديم النموذج في خلال 10 أيام من تاريخ حدوث الإصابة أو الوفاة أو من تاريخ معرفة صاحب العمل لأول مرة بالإصابة أو الوفاة. وفقاً للقانون يجب على صاحب العمل أو شركة التأمين تحمل كافة نفقات العلاج الطبي والتعويض. يجب تقديم العلاج من قبل طبيب يختاره الموظف

ما لم يكن الطبيب في الوقت الحالي غير مدرج في قائمة الأطباء المرخص لهم من جانب وزارة العمل بتقديم الرعاية الطبية بموجب القانون. تستحق التعويضات في اليوم الرابع عشر من معرفة صاحب العمل لأول مرة بالإصابة أو الوفاة. يجوز فرض غرامات نتيجة عدم الالتزام بأحكام القانون. سوف تستخدم المعلومات لتحديد مدى استحقاق الإعانات. لا يلزم الأفراد الاستجابة لعملية جمع المعلومات المذكورة ما لم يوجد على الأوراق رقم OMB رقابي صحيح.

الإصابة الممكن الإبلاغ عنها: هي أي إصابة ناجمة عن حادث وتؤدي إلى ضياع وقت نوبة عمل واحدة أو أكثر أو حدوث وفاة يزعم أنها ناجمة عن العمل، بما في ذلك أي مرض مهني أو عدوى يعتقد أو يدعى أنها ناشئة بطريقة طبيعية عن هذه الوظيفة، أو كنتيجة طبيعية أو محتومة لإصابة ناجمة عن حادث. وإذا كان لصاحب العمل اعتراض على الحق في التعويض فإنه يجب إيداع إخطار بالاعتراض لدى مدير المنطقة خلال 14 يوماً من علمه بحدوث الإصابة أو الوفاة المزعومة.

البند 6 - أ يغطي قانون تعويض العاملين في السواحل والموانئ المصابين أثناء شغلهم لوظيفة بحرية في المياه الصالحة للملاحة والتابعة للولايات المتحدة (بما في ذلك أي رصيف مجاور أو حوض جاف أو محطة بحرية أو طريق بناء أو سكك حديدية بحرية أو أي منطقة أخرى مجاورة من المألوف استخدامها من جانب صاحب العمل في شحن أو تفريغ وإصلاح أو بناء السفن) ، والعاملون المصابون في المياه الصالحة للملاحة والتابعة للولايات المتحدة وغيرها من المناطق المبنية والذين كانوا منخرطين في العمل وقت حدوث الإصابة في عمل بحري ولا يخضعون بطريقة أخرى للاستثناء على وجه التحديد بموجب القانون (33U.S.C.902)

ب. يغطي قانون القاعدة الدفاعية أي وظيفة في (1) القواعد العسكرية، الجوية والبحرية التي تحصل عليها الولايات المتحدة في بلدان أخرى؛ (2) في الأراضي التي تحتلها أو تستخدمها الولايات المتحدة لأغراض عسكرية أو بحرية خارج الحدود القارية للولايات المتحدة؛ (3) في أي عمل عام في أي إقليم أو حيابة خارج حدود الولايات المتحدة بموجب عقد يبرمه مقابل مع الولايات المتحدة؛ (4) بموجب عقد مبرم مع الولايات المتحدة حيثما يتعين تنفيذ هذا العقد خارج حدود الولايات المتحدة وفي مناطق أخرى خلاف المناطق المذكورة البنود (1)، (2) و (3) أعلاه لغرض الانخراط في العمل العام؛ (5) بموجب عقود معينة تقرها الولايات المتحدة وتتولى تمويلها بموجب قانون الضمان التعاوني الصادر عام 1954 حسب التعديلات التي أدخلت عليه و(6) في خدمة أصحاب العمل الأمريكيين الذي يقدمون خدمات اجتماعية أو ما يماثلها من خدمات لمصلحة القوات المسلحة خارج حدود الولايات المتحدة.

ج. يغطي قانون تدابير الأموال غير الموزعة موظفي تدابير الأموال غير الموزعة في القوات المسلحة مثل الخدمات البريدية والرسوم المتحركة وخلافها.

د. يغطي قانون الأراضي الواقعة على الجرف القاري الخارجي العاملين لدى أصحاب الشركات الخاصة الذين يقومون بعمليات على الجرف القاري الخارجي لغرض استغلال، أو تنمية أو إزالة أو نقل الموارد الطبيعية للأراضي المغمورة عبر خطوط الأنابيب.

البند 24- يتطلب تحديد "المكان الذي وقع فيه الحادث على وجه التحديد" اذكر أقرب عنوان للشارع والمدينة والبلدة. وذلك بالإضافة إلى:

- إذا وقع على السفينة اذكر المكان الذي حدثت به الإصابة على متن السفينة (السطح، العنابر، tweendeck، غرفة المحركات، إلخ)
- إذا وقع على الرصيف المجاور أو الحوض الجاف أو محطة بحرية أو طريق إنشائي أو سكك حديدية بحرية أو غيرها من المناطق المألوف استخدامها في شحن أو تفريغ أو إصلاح أو بناء السفينة.

اسم أو رقم الرصيف أو الحوض الجاف أو السكك الحديدية البحرية، إلخ.
اسم المحطة البحرية أو ترسانة بناء السفن
أقرب عنوان شارع - مدينة ولاية

• إذا وقع في قاعدة عسكرية أو دفاعية

اذكر مكان القاعدة التي وقع بها الحادث على وجه التحديد
اسم القاعدة
موقع القاعدة - البلدة أو المقاطعة

• إذا وقع في الجرف القاري الخارجي

اذكر موقع الحفر ورقم المجمع
اسم المنطقة (مثل منطقة غرب الدلتا)
رقم عقد الإيجار الفدرالي، ورقم عقد الإيجار للولاية
المسافة من أقرب بابسة واسمها
اسم الولاية

ملحوظة: لا يشكل تقديم هذا النموذج قبولاً للمسئولية بموجب قانون التعويض. يعاقب أي صاحب عمل، أو شركة تأمين أو صاحب عمل مؤمن على نفسه بتخلف عن تقديم هذا التقرير عمداً عندما يطلب منه ذلك أو يقدم بيانات غير صحيحة أو مزيفة عن عمد في هذا التقرير بغرامة مدنية لا تتجاوز 10000 دولار لكل حالة من حالات التخلف أو الرفض أو التزوير في البيانات أو تزيف الحقائق (33U.S.C.930(a)) لا يعدها التقرير دليلاً على أي واقعة مذكورة فيه في أي إجراء فيما يتعلق بأية إصابة أو وفاة يتم تقديم التقرير بشأنها (33U.S.C.930(c))

بيان اللعب العام

نحن نقدر أن استكمال جمع المعلومات لهذا التقرير يستغرق في المتوسط 15 دقيقة لكل استجابة، بما في ذلك الوقت اللازم للاطلاع على التعليمات، والبحث عن مصادر البيانات الموجودة، وجمع المعلومات اللازمة وحفظها، واستكمال جمع المعلومات والاطلاع عليها. ترسل التعليقات الخاصة بهذا التقدير للعبء أو أي جوانب أخرى من هذا التجميع للمعلومات بما في ذلك اقتراحات تقليل هذا العبء إلى : US Department of Labor , Division of Longshore and Harbor Workers' Compensation, 200 Constitution Avenue, N-W : Washington, D.C. 29210 يحظر إرسال النموذج بعد ملء بياناته إلى هذا المكتب.

تم إعداد هذه الترجمة بواسطة شركة تأمين CNA Insurance بغرض استخدامها من قبل [المطالين/المؤمن عليهم] في توجيه المطالبات لشركة CNA Insurance.