

كل ما يخص دعوى المطالبة بالتعويض

يُرجى قراءة جميع المعلومات الواردة في هذا الملف بعناية قبل إكمال نموذج دعوى المطالبة بالتعويض وتقديمه.

المستندات الموجودة في ملف دعوى المطالبة بالتعويض

- معلومات عامة عن ملف دعوى المطالبة بالتعويض (صفحة 1)
- الأسئلة الشائعة حول دعوى المطالبة بالتعويض (صفحة 2)
- تعليمات نموذج دعوى المطالبة بالتعويض (صفحة 3)
- يجب إكمال نموذج دعوى المطالبة بالتعويض وإعادته إلى ميناء سياتل (صفحة 4-6)
- يجب إكمال نموذج التفويض بالإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية وإعادته إلى ميناء سياتل إن أمكن (صفحة 7-8)

المتطلبات القانونية لتقديم دعوى المطالبة بالتعويض

للتحقق من المطالبة والمعلومات الداعمة، يقتضى قانون واشنطن المُعدّل (3)(b) RCW 4.96.020 أن يتم التوقيع على نموذج المطالبة بالتعويض:

- (i) من قبل المُدعي، للتحقق من الادعاء؛
- (ii) بموجب توكيل رسمي مكتوب، من قبل الوكيل القانوني للمدعي؛
- (iii) من قِبَل محام معتمد لممارسة المهنة في ولاية واشنطن نيابة عن المدعي؛ أو
- (iv) من قبل وصي معتمد من المحكمة أو وصي مؤقت خلال سير الدعوى القضائية نيابة عن المدعي.

يمكن إرسال نماذج المطالبة بالتعويض عبر البريد الإلكتروني إلى tortclaims@portseattle.org أو يمكن إرسال نموذج دعوى المطالبة بالتعويض والوثائق الداعمة بالبريد أو تسليمها يدوياً إلى:

Laricel Cambronero، مدير دعاوى المخاطر أو
Jeff Hollingsworth، مدير إدارة المخاطر أو
Ian Kohler، أخصائي دعاوى المخاطر
Port of Seattle – Pier 69
2711 Alaskan Way
Seattle, WA 98121

ساعات العمل: من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحاً إلى 4:30 مساءً.
مغلق خلال عطلة نهاية الأسبوع والأعياد.

إذا كان لديك المزيد من الأسئلة حول إجراءات دعوى المطالبة أو لتحديد موعد لتسليم دعوى المطالبة بالتعويض شخصياً، فاتصل بالرقم 673-7888 (206).

الأسئلة الشائعة حول دعوى المطالبة بالتعويض للضرر

ماهي دعوى المطالبة بالتعويض للضرر؟

المطالبة بالتعويض هي طلب للدفع مقابل خسارة أو إصابة أو أضرار قد تكون تعرضت لها في حادث. يقوم ميناء سياتل بمراجعة جميع دعاوى المطالبة بالتعويضات. قد تخضع السجلات التي ترسلها لقوانين الكشف العلني.

كم يستغرق رفع الدعوى؟

يجب عليك تقديم شكواك في إطار قانون التقادم الخاص بالولاية. يجب تقديم نموذج المطالبة بالتعويض إلى ميناء سياتل قبل 60 يوماً على الأقل من رفع الدعوى.

لقد ملأت تقريراً عندما تعرضت للحادث؛ هل ما زلت بحاجة لتقديم شكوى؟

نعم. إذا كنت ترغب في رفع دعوى ضد ميناء سياتل، فيجب عليك تقديم نموذج دعوى مطالبة بالتعويض.

تعرضت لإصابة. من سيدفع مصاريفي الطبية؟

لا يدفع الميناء المصاريف الطبية تلقائياً بنفس طريقة شركة التأمين التقليدية في التعامل مع الدعوى. أنت مسؤول عن جميع المصاريف الطبية التي تتحملها. إذا كنت تعتقد أن ميناء سياتل مسؤول عن إصابائك، فيجب عليك تقديم نموذج دعوى مطالبة بالتعويض عن الأضرار.

كيف أتحقق من حالة الدعوى؟

سيتم تعيين خبير تسوية التعويضات الخاص بك، فهم أفضل شخص لتزويدك بمعلومات عن حالة الدعوى. إذا لم تكن لديك معلومات الاتصال بخبير تسوية التعويضات، فاتصل بإدارة مخاطر ميناء سياتل على الرقم 673-7888 (206) خلال ساعات العمل المعتادة (من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحاً إلى 4:30 مساءً). سيتم بذل كل جهد ممكن لمعاودة الاتصال في غضون يوم إلى يومي عمل من تاريخ تلقي المكالمات.

ماذا لو تم رفض دعوى مطالبتي وأنا لا أوافق على هذه النتيجة؟

إذا كانت لديك معلومات إضافية لإثبات دعواك، فيُرجى تقديم أي دليل جديد إلى خبير تسوية التعويضات الذي يمكنه تحديد ما إذا كان هناك ما يستدعي إعادة فتح ملفك. يمكنك أيضاً استشارة محام على نفقتك الخاصة بخصوص الخيارات الأخرى.

ماذا يحدث إذا قُدمت دعوى مطالبتي إلى طرف ثالث؟

قد يقرر خبير تسوية التعويضات أن الادعاءات التي ذكرتها في نموذج المطالبة تندرج تحت مسؤولية وإشراف جهة قانونية أخرى منفصلة عن ميناء سياتل. سيقوم خبير تسوية التعويضات بتقديم ملفك لهذه الجهة للتعامل معه. بمجرد قبول عرض ميناء سياتل من قبل الجهة القانونية للطرف الثالث، سيوجهك ميناء سياتل بنقطة الاتصال الجديدة الخاصة بك. سيتولى الطرف الثالث التحقيق واتخاذ القرار النهائي بشأن دعواك.

أين يمكنني الحصول على مساعدة في الترجمة؟

اتصل بإدارة مخاطر ميناء سياتل على الرقم 673-7888 (206) خلال ساعات العمل المعتادة (من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحاً إلى 4:30 مساءً). سيتم بذل كل جهد ممكن لمعاودة الاتصال في غضون يوم إلى يومي عمل من تاريخ تلقي المكالمات.

تعليمات نموذج دعوى المطالبة بالتعويض

يُرجى قراءة المعلومات الواردة أدناه قبل تقديم نموذج دعوى المطالبة بالتعويض. اكتب أو اطبع بوضوح بالحبر.

<p>أدخل اسم الشخص أو الشركة أو الجهة القانونية المؤيدة للدعوى. مطلوب اسم المدعي وتاريخ الميلاد ومعلومات الاتصال بموجب قانون واشنطن المُعدّل (a) RCW 4.96.02(3) وكذلك محل الإقامة الفعلي للمدعي في وقت تقديم دعوى المطالبة وتاريخ نشوئها.</p>	<p>معلومات عن المدعي</p>
<p>ويلزم ما يلي بموجب قانون واشنطن المُعدّل (a) RCW 4.96.020(3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • وصف السلوك والظروف التي أدت إلى الإصابة أو الضرر؛ • وصف الإصابة أو الضرر؛ • بيان بالوقت والمكان الذي حدثت فيه الإصابة أو الضرر (إذا حدثت الواقعة التي تسببت في الأضرار خلال فترة زمنية، فيُرجى تقديم تواريخ البداية والنهاية)؛ • قائمة بأسماء جميع الأشخاص المعنيين وبيانات الاتصال، إذا كانت معروفة؛ • بيان بمقدار التعويض المطالب به <p>قدم جميع المعلومات المطلوبة وأسماء أي أطراف متضررة أخرى وأي مستندات أو أدلة متوفرة تدعم مطالبتك، مثل السجلات الطبية أو فواتير الإصابات الشخصية، والصور الفوتوغرافية، وإثبات ملكية الممتلكات التي لحق بها التلف، وإيصالات التصليح، ومعلومات بشأن قطع المستحقات المالية كالأجر، ووثائق أخرى حسب الاقتضاء. إذا كنت بحاجة إلى مساحة إضافية، فيُرجى إرفاق صفحات إضافية.</p>	<p>معلومات عن الحادث</p>
<p>للتأكد من دعوى المطالبة والمعلومات الداعمة، يقتضى قانون واشنطن المُعدّل (b) RCW 4.96.020(3) أن يتم التوقيع على نموذج دعوى المطالبة بالتعويض:</p> <ul style="list-style-type: none"> • من قبل المدعي، للتحقق من الادعاء؛ • بموجب توكيل رسمي مكتوب، من قبل الوكيل القانوني للمدعي؛ • من قِبَل محام معتمد لممارسة المهنة في ولاية واشنطن نيابة عن المدعي؛ أو • من قِبَل وصي معتمد من المحكمة أو وصي مؤقت خلال سير الدعوى القضائية نيابة عن المدعي. <p>إذا تم التوقيع على هذا النموذج من قبل شخص آخر غير المدعي، فيُرجى أيضاً طباعة اسم ولقب الموقع.</p>	<p>التوقيع</p>
<p>إذا كنت تقدم دعوى الإصابة الشخصية، فيُرجى التوقيع وإرفاق نموذج الخروج من المستشفى.</p>	<p>إذن بالإفصاح عن معلومات الصحة المحمية</p>

نموذج دعوى المطالبة بالتعويض

وفقاً للفصل [RCW 4.96](#) من قانون واشنطن المعدل، هذا النموذج مخصص لرفع دعوى تعويض ضد ميناء سياتل. قد تخضع بعض المعلومات المطلوبة في هذا النموذج وكذلك أي مستندات داعمة للكشف العلني بموجب قانون الكشف العلني ([RCW 42.56](#)).

يمكن إرسال نماذج دعوى المطالبة بالتعويض عبر البريد الإلكتروني إلى tortclaims@portseattle.org أو يمكن إرسال نموذج دعوى المطالبة بالتعويض والوثائق الداعمة بالبريد إلى:

Laricel Cambronero، مدير دعاوى المخاطر أو
Jeff Hollingsworth، أخصائي دعاوى المخاطر أو
Ian Kohler، مدير إدارة المخاطر
Port of Seattle
P.O. Box 1209
Seattle, WA 98111

ساعات العمل: من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحاً إلى 4:30 مساءً.
مغلق خلال عطلة نهاية الأسبوع والأعياد.

معلومات عن المدعي

إذا كان فرداً

اسم المدعي:

الاسم الأوسط

الاسم الأول

اسم العائلة (الاسم الأخير)

تاريخ الميلاد:

إذا كانت شركة/جهة قانونية

اسم الشركة/الجهة القانونية:

اسم ولقب المندوب:

العنوان الحالي:

العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً):

العنوان في وقت وقوع الحادث:

رقم (أرقام) الهاتف (الهواتف):

شخصي

عمل

عنوان البريد الإلكتروني:

نموذج دعوى المطالبة بالتعويض

معلومات عن الحادث

تاريخ الحادث: _____ وقت وقوع الحادث: _____

مكان الحادث: _____

وصف السلوك أو الظروف التي أدت إلى الإصابة أو الضرر:

وصف الإصابة و/أو الضرر:

أسماء وعناوين وأرقام هواتف جميع الأشخاص المتورطين في هذا الحادث أو شهود العيان وجميع موظفي ميناء سياتل الذين لديهم علم بهذا الحادث:

أسماء وعناوين وأرقام هواتف جميع الأفراد الذين لم يتم تحديدهم بعد والذين لديهم معرفة فيما يتعلق بأمور المسؤولية التي ينطوي عليها هذا الحادث أو المعرفة بالأضرار اللاحقة بالمدعي. يُرجى تقديم وصف موجز لطبيعة ومدى معرفة كل فرد.

هل تم الإبلاغ عن هذا الحادث للهيئة التنفيذية لتطبيق القانون أو ميناء سياتل أو غيرهم من الموظفين؟ إذا كان الأمر كذلك، فاذكر متى تم الإبلاغ ومن تم إبلاغه فضلا ارفق رقم القضية الذي خصصته الهيئة التنفيذية لتطبيق القانون و/أو نسخة من التقرير.

نموذج دعوى المطالبة بالتعويض

أسماء وعناوين وأرقام هواتف مقدمي الخدمات الطبية. ارفق نسخ لجميع التقارير الطبية والفواتير.

اسم وعنوان ورقم هاتف صاحب العمل الخاص بك. في حالة المطالبة بالتعويض عن الأجور المنقطعة، يُرجى تحديد وظيفتك ومعدل راتبك.

مقدار التعويض المطالب به: _____ دولار أمريكي

يُرجى إرفاق جميع المستندات التي تدعم الادعاءات والأضرار المطالب بالتعويض عنها.

يجب توقيع نموذج دعوى المطالبة بالتعويض هذا من قبل المدعي، شخص يحمل توكيل رسمي مكتوب من المدعي، وكيل قانوني للمدعي، محام معتمد لممارسة المهنة في ولاية واشنطن نيابة عن المدعي، أو من قبل وصي معتمد من المحكمة أو وصي مؤقت خلال سير الدعوى القضائية نيابة عن المدعي.

أشهد كوني خاضعاً لعقوبة الحنث باليمين وقوانين ولاية واشنطن بأن كل ما ذكر أعلاه صحيح وسليم.

التوقيع

التاريخ

الاسم مكتوب/اللقب

إذن بالإفصاح عن معلومات الصحة المحمية

الاسم الكامل: _____

تاريخ الميلاد: _____

مستفيد من برامج التأمين الصحي Medicare/Medicaid: نعم _____ لا _____

أصرح بموجب هذا بالإفصاح عن معلوماتي الصحية المحمية لغرض استكمال إجراءات دعوى مطالبتني بالتعويض عن الأضرار التي قدمتها إلى ميناء سياتل. يُرجى إرسال نسخ واضحة من جميع السجلات إلى:

Port of Seattle, Risk Management

P. O. Box 1209

Seattle, WA 98111

أدرك أنه من خلال التوقيع على هذا المستند، فإنني أفوض بالإفصاح عن المعلومات التالية:

سجلات طبية شاملة لجميع الخدمات، بما في ذلك التاريخ الطبي والفحص البدني؛ ملاحظات التقدم؛ تقارير الأشعة السينية؛ ما يثبت دخول المريض المستشفى في حال احتجازه؛ ملاحظات عن العمليات الجراحية؛ العلاج الطبيعي أو غيره من العلاجات؛ تقارير المختبر وغيرها من الاختبارات؛ أوامر الطبيب أو مساعد الطبيب؛ ملاحظات التمريض؛ وجميع السجلات والمراجع الأخرى التي يحددها المطالب بالتعويض كجزء من سجله الطبي.

نتائج اختبار فيروس نقص المناعة البشرية والمعلومات المتعلقة باختبار الفيروس و/أو علاجه.

سجلات الصحة النفسية والعقلية والسلوكية، بما في ذلك ملاحظات العلاج والتقييمات ووثائق الاختبار والنتائج والسجلات الطبية المتعلقة بتشخيص الصحة العقلية وعلاجها.

تقييم تعاطي المواد الكحولية والاختبار وتحويل الحالة و/أو سجلات العلاج.

الوصفات والتقارير الصيدلانية.

جميع المراسلات والوثائق المستلمة أو المرسله، بما في ذلك البريد الإلكتروني الذي يشير إلى علاجي والمعلومات المتعلقة بالاعتداء الجنسي المزعوم أو الأمراض المنقولة جنسياً، بما في ذلك نتائج الاختبار.

معلومات عن الرعاية العاجلة أو العيادات الخارجية أو غيرها من المعلومات المتعلقة بزيارات العيادة.

إذن بالإفصاح عن معلومات الصحة المحمية

المعلومات المتعلقة بأمراض النساء و/أو التوليد.

جميع سجلات العملاء التي تم إنشاؤها من أجل أو من خلال البرامج الحكومية والتي أنا عميل بها. حدد البرنامج (البرامج) والهيئة:

السجلات المالية المتعلقة برعايتي الصحية وعلاجي.

أدرك ما يلي: (يُرجى قراءة جميع البيانات والتوقيع **بالأحرف الأولى من اسمك**)

سجلاتي محمية بموجب لوائح حماية المعلومات الصحية المحمية (PHI) وقانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة (HIPAA) (القانون الفيدرالي) وقانون معلومات الرعاية الصحية لولاية واشنطن (RCW 70.02).

قد تخضع معلوماتي الصحية لإعادة الإفصاح من قبل ميناء سياتل وقد تكون غير محمية لأغراض تقييم دعوى المطالبة التي قدمتها والتحقق فيها.

قد تتضمن المعلومات المحددة التي سيتم الإفصاح عنها في سجلي الطبي معلومات تتعلق بالمواد الكحولية أو المخدرات أو غيرها من المواد الخاضعة للرقابة، وتحويلات الاستشارات و/أو تاريخ اختبار أو علاج فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

يجوز لي إلغاء هذا التفويض في أي وقت عن طريق إشعار إدارة المخاطر في ميناء سياتل كتابةً. سيكون الإلغاء سارياً اعتباراً من تاريخ استلامه في ميناء سياتل. سيتم اعتبار أي سجلات تم الحصول عليها بموجب هذا التفويض قبل الإلغاء مصرح الإفصاح عنها.

تنتهي صلاحية هذا التفويض بعد تسعين (90) يوماً من تاريخ التوقيع عليه. يمكنني أيضاً تفويض إطار زمني مختلف ليكون هذا الإصدار ساري المفعول.

نسخة من هذا التفويض سارية المفعول مثلها مثل النسخة الأصلية.

التوقيع

التاريخ