

# آپ کام کی جگہ پر زخمی ہوئے تھے۔ اب کیا کریں؟

اگر آپ جائے کار پر زخمی ہوئے یا بیماری کا شکار ہوئے تھے، تو آپ کارکنان کے معاوضے کے فوائد کے لیے اہل ہو سکتے ہیں۔ ہو سکتا ہے کہ آپ پہلے ہی سے طبی علاج وصول کر چکے ہوں۔ اگر آپ نے ابھی تک علاج نہیں کروایا، تو جلد از جلد طبی نگہداشت طلب کریں۔ اپنے دعوے میں مدد کے لیے، ورکرز کمپنیشن بورڈ (بورڈ) کو (877) 632-4996 پر کال کریں۔

## آپ کی ذمہ داریاں

- اپنے آجر کو، تحریری صورت میں، آگاہ کریں، یہ تفصیل بتائیں کہ آپ کب، کہاں اور کیسے زخمی یا بیمار ہوئے۔ چوٹ یا بیماری ہونے کے 30 دنوں کے اندر جتنا جلد ممکن ہو ایسا کریں۔ یہ سب ٹیکسٹ مت کریں، بلکہ خط، ای میل یا دیگر دستاویز کی صورت میں بھیجیں جسے محفوظ یا پرنٹ کیا جا سکے۔
- اپنے نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندگان کو بتائیں کہ آپ کی چوٹ یا بیماری کام سے متعلق ہے، اور اپنے آجر کے بیمہ کار برائے کارکنان کے معاوضے کا نام بتائیں۔ اگر آپ کو اپنے آجر کے بیمہ کار کا نام نہیں معلوم، تو یا تو اپنے آجر سے پوچھیں یا بورڈ سے فوری رابطہ کریں۔ آپ کا نگہداشتِ صحت کا فراہم کنندہ بورڈ کے پاس اور آپ کے آجر یا اس کے بیمہ کار کے پاس طبی رپورٹس دائر کروائے گا۔ آپ کو اپنے فوائد تک رسائی حاصل کرنے کے لیے ایک طبی رپورٹ بورڈ کے پاس دائر کروانے کی ضرورت ہے۔
- بورڈ کو اپنی چوٹ یا بیماری کی اطلاع دینے والا ایک ملازم کا دعویٰ (فارم C-3) جلد از جلد دائر کریں۔ آپ کو دو سال کے اندر اپنی چوٹ یا بیماری کے بارے میں بورڈ کو مطلع کرنا ہو گا۔ اگر آپ کو جسم کے اسی حصے پر پہلے بھی چوٹ لگی، یا یہی بیماری پہلے بھی تھی، تو آپ کو صحت کی معلومات کا محدود انکشاف (فارم C-3.3) بھی لازماً دائر کرنا ہو گا۔ کارکنان کے معاوضے میں شہریت اور امیگریشن کی کارفرما عوامل نہیں ہیں۔

## دعویٰ کیسے دائر کیا جائے

تیز ترین طریقہ کار: [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov) پر جائیں اور "دعویٰ دائر کریں" منتخب کریں۔

فارم C-3 دائر کرنے کے بارے میں سوالات کے لیے، یا فارم کی کاپی حاصل کرنے کے لیے، براہ کرم (877) 632-4996 پر کال کریں۔ بورڈ کا نمائندہ آپ کو مدد فراہم کرے گا۔

## طبی اور سفری اخراجات

آپ کی کام سے متعلق چوٹ یا بیماری کے علاج کے لیے طبی نگہداشت کارکنان کے معاوضے کے فوائد ہیں جو کہ آپ کو بلا معاوضہ ادا کیے جاتے ہیں۔ آپ کی چوٹ یا بیماری کے طبی بلز براہ راست آپ کے آجر کے کارکنان کے معاوضے کے بیمہ کار کی جانب سے آپ کے نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندہ کا ادا کیے جاتے ہیں۔ اگر آپ کے کیس پر بیمہ کار کی جانب اعتراض کیا گیا ہے، تو بورڈ کے آپ کے کیس کا فیصلہ آپ کے حق میں سنانے کی صورت میں، نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندگان ادائیگی کریں گے۔ تاہم، اگر بورڈ آپ کے خلاف فیصلہ کرتا ہے، یا اگر آپ کیس میں پیش رفت نہیں کرتے، تو آپ کو نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندہ یا ہسپتال کو ادائیگی کرنا ہو گی (یا اپنے صحت کے بیمہ کار کو بل (بلز) جمع کروائیں)۔

طبی طور پر ضروری ادویات اور سامان جو آپ کے نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندہ نے تجویز کیے ہیں، آپ کے آجر کے کارکنان کے معاوضے کی انشورنس اس کا احاطہ کرتی ہے۔ آپ کو علاج کے لیے سفر طے کرنے پر آنے والے مسافتی، عوامی نقل و حمل کے یا دیگر ضروری اخراجات کی باز ادائیگی بھی کی جا سکتی ہے۔ یہ اخراجات (بشمول رسیدیں اگر آپ کے پاس کوئی ہیں) اپنے آجر کے کارکنان کے معاوضے کے بیمہ کار کو اور طبی اور سفری اخراجات اور باز ادائیگی کے لیے درخواست کے ریکارڈ (فارم C-257) پر بورڈ کو جمع کروائیں اور معاوضے کی درخواست کریں۔

عام طور پر، آپ بورڈ کی جانب سے مجاز کردہ کوئی بھی نگہداشتِ صحت کا فراہم کنندہ منتخب کر سکتے ہیں۔ آپ [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov) پر "نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندہ کی تلاش" کا فیچر استعمال کرتے ہوئے اپنے علاقے میں نگہداشتِ صحت کے مجاز فراہم کنندہ کو تلاش کر سکتے ہیں۔ آپ صحت کے پیشہ ورانہ کلینکس بھی استعمال کر سکتے ہیں۔ تاہم، اگر آپ کے آجر کے کارکنان کے معاوضے کے بیمہ کار کی، ورکرز کمپنیشن کی چوٹوں کی نگہداشت کے لیے ترجیحی فراہم کنندہ تنظیم (PPO) ہے، تو آپ کو اپنا پہلا علاج PPO نیٹ ورک سے کروانا چاہیے۔ اگر اس بیمہ کار کے پاس فارمیسی یا تشخیصی نیٹ ورک بھی ہے، تو آپ ان نیٹ ورکس کے اندر سروسز لازمی حاصل کریں۔ بیمہ کار آپ کو اپنے درکار فراہم کنندہ نیٹ ورکس اور ان کو کیسے استعمال کرنا ہے، اس بارے میں لازمی بتائے۔ تاہم، کسی ہنگامی صورتحال میں، آپ کسی بھی فراہم کنندہ سے چیک کروا سکتے ہیں۔

## فوائد برائے ضائع شدہ اجرتیں

آپ اپنی ضائع شدہ اجرتوں کے ایک حصے کے حقدار ہیں، جو اس وقت فوری طور پر ادا کیا جانا چاہیے، کہ اگر آپ کی چوٹ یا بیماری آپ کو درج ذیل میں سے ایک یا زیادہ طریقوں سے متاثر کرتی ہے:

1. یہ آپ کو سات کیلنڈر دن سے زیادہ کام کرنے سے روکے رکھتی ہے؛

2. آپ کے جسم کا حصہ مستقل معذوری کا شکار ہو گیا ہے؛ اور/یا

3. آپ اب کم گھنٹے کام کرتے یا دوسرے کام کرتے ہیں اس کی وجہ سے آپ کی اجرت کم ہو گئی ہے۔

جب آپ اپنی چوٹ یا بیماری سے صحت یاب ہو جائیں اور جب مزید طبی بہتری کی توقع نہ ہو (عام طور پر، اگر سرجری کی گئی ہو، تو حادثے/بیماری یا سرجری کی تاریخ کے ایک سال بعد)، تو آپ اپنے ڈاکٹر سے یہ جائزہ لینے کے لیے کہہ سکتے ہیں کہ آیا آپ کو حادثے/بیماری کی وجہ سے مستقل چوٹ/عارضہ لاحق ہوا ہے۔ اس فائدے کے بارے میں مزید جاننے کے لیے، براہ کرم [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov) پر جائیں، "کارکنان" کے سیکشن پر کلک کریں، پھر "معذوری کی درجہ بندی" کو منتخب کریں۔

آپ اپنے دعویٰ میں مدد کے لیے کسی اٹارنی یا لائسنس یافتہ نمائندے کی خدمات حاصل کر سکتے ہیں، لیکن یہ ضروری نہیں ہے۔ آپ یا آپ کے خاندان کو آپ کے اٹارنی یا لائسنس یافتہ نمائندے کو براہ راست ادائیگی نہیں کرنی چاہیے۔ ان کی فیس بورڈ کی جانب سے منظور کی جاتی ہے اور آپ کے ضائع شدہ اجرت کے ایوارڈ سے اس کی کٹوتی ہوتی ہے۔

اگر آپ کا کیس متنازعہ ہے، تو اس دوران آپ معذوری کے فوائد حاصل کر سکتے ہیں کہ جب کیس کا بورڈ کی جانب سے جائزہ زیر التوا ہے۔ **معذوری کے فوائد (فارم DB-450) کے لیے نوٹس اور دعوے کا ثبوت حاصل کرنے کے لیے**، [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov) پر جائیں؛ مدد کے لیے بورڈ کو کال کریں؛ یا بورڈ کے دفتر تشریف لے جائیں۔ اگر ورکرز کمپنیشن بورڈ کا دعویٰ آپ کے حق میں طے پا جاتا ہے، تو معذوری کے فوائد کی کٹوتی آپ کے ضائع شدہ اجرتوں کے ایوارڈ سے کی جائے گی۔

## پھر کیا ہو گا؟

کارکنان کے معاوضے کا بیمہ کار آپ سے رابطہ کرے گا۔ اگر آپ کا دعویٰ قبول کر لیا جاتا ہے، تو آپ کے نگہداشت صحت کے فراہم کنندگان کو ادائیگی کی جائے گی، اور فوائد برائے ضائع شدہ اجرت کا آغاز ہو جائے گا۔ اگر آپ کے کیس کے لیے سماعت درکار ہے، تو بورڈ آپ سے رابطہ کرے گا۔ سماعت کے عمل کو آسان بنانے کے لیے آن لائن وسائل دستیاب ہیں:

- **eCase**: آپ بورڈ کے eCase سسٹم کے ساتھ کیس سے متعلق دستاویزات آن لائن اپ لوڈ کر سکتے اور دیکھ سکتے ہیں، جس کا استعمال زخمی کارکنوں کے دعووں پر کارروائی کے لیے کیا جاتا ہے۔ آپ کو eCase کے لیے [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov) پر رجسٹر ہونا چاہیے۔
- **ورچوئل سماعتیں**: آپ کے پاس بورڈ کے دفتر کا سفر کیے بغیر ورچوئل سماعتیں استعمال کرتے ہوئے سماعتوں میں شریک ہونے کا اختیار ہے۔ ورچوئل سماعتوں، اور بورڈ کی مفت ایپ کے بارے میں، [wcb.ny.gov/virtual-hearings](http://wcb.ny.gov/virtual-hearings) پر مزید جانیں۔

## مدد دستیاب ہے

کبھی کبھار آپ کو کام پر واپس جانے میں مدد کی ضرورت ہوتی ہے۔ آپ کا آجر آپ کو متبادل یا کم ڈیوٹی کے حامل کام تفویض کر سکتا ہے جو آپ کو تندرست ہونے کے دوران کام کرنے کے قابل بناتے ہیں۔ چوٹ یا بیماری خاندانی یا مالی مسائل کا سبب بھی بن سکتی ہے۔ بورڈ کے پاس مدد فراہم کرنے کے لیے پیشہ ورانہ بحالی صلاح کاران اور سماجی کارکنان موجود ہیں۔ دستیاب سروسز کے بارے میں مزید معلومات اور مدد کے لیے بورڈ کو کال کریں۔

اگر آپ اوپیونڈ (opioid) درد کی ادویات پر انحصار کے بارے میں فکر مند ہیں، تو براہ کرم NYS OASAS HOPELine کو **877-8-HOPENY (877-846-7369)** پر کال کریں۔

## رابطے کی اہم معلومات

claims@wcb.ny.gov	(877) 632-4996	ورکرز کمپنیشن بورڈ
wcb.ny.gov		



**Workers' Compensation Board**

New York State Workers' Compensation Board  
PO BOX 5205  
Binghamton, NY 13902-5205

کام کی چوٹ یا کام سے متعلق بیماری کی وجہ سے کارکنوں کے معاوضے کے فوائد کے لئے درخواست دینے کے لئے یہ فارم پر کریں۔ ٹائپ کریں یا صاف ستھرے طریقے سے چھاپیں۔ یہ فارم [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov) پر آن لائن بھی بھرا جا سکتا ہے۔

WCB کیس نمبر (اگر آپ کے علم میں ہو): \_\_\_\_\_

### A. آپ کی معلومات (ملازم)

1. نام: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
پہلا نام: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ایم آئی: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
خاندانی: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
2. تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
3. ڈاک پتہ: \_\_\_\_\_  
نمبر اور اسٹریٹ / پی او باکس / اپارٹمنٹ نمبر: \_\_\_\_\_  
شہر: \_\_\_\_\_ ریاست: \_\_\_\_\_ زپ کوڈ: \_\_\_\_\_
4. سوشل سیکورٹی نمبر: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
5. فون نمبر: \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
6. جنس:  مرد  عورت  دیگر
7. اگر آپ کو بورڈ کی سماعت میں شرکت کرنی ہے تو کیا آپ کو مترجم کی ضرورت ہوگی؟  جی ہاں  جی نہیں  
اگر جی ہاں، تو کس زبان کے لیے؟ \_\_\_\_\_

### B. آپ کے آجر

1. زخمی ہونے پر آجر: \_\_\_\_\_  
2. فون نمبر: \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_
3. آپ کا کام کا پتہ: \_\_\_\_\_  
نمبر اور گلی: \_\_\_\_\_ شہر: \_\_\_\_\_ ریاست: \_\_\_\_\_ زپ کوڈ: \_\_\_\_\_
4. آپ کی خدمات حاصل کرنے کی تاریخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
5. آپ کے سپروائزر کا نام: \_\_\_\_\_
6. آپ کی چوٹ/بیماری کے وقت کسی بھی دوسرے آجر کے نام/پتے فہرست کریں: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. کیا آپ نے اپنی چوٹ/بیماری کے نتیجے میں دوسرے روزگار (ملازمتوں) میں کام سے وقت کھو دیا؟  جی ہاں  جی نہیں

### C. چوٹ یا بیماری کی تاریخ پر آپ کا کام

1. آپ کی ملازمت کا عنوان یا وضاحت کیا تھی؟ \_\_\_\_\_
2. آپ عام طور پر کام پر کس قسم کی سرگرمیاں انجام دیتے تھے؟ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. کیا آپ کا کام تھا؟ (ایک چیک کریں)  کل وقتی  جزوقتی  موسمی  رضاکار  دیگر: \_\_\_\_\_
4. فی تنخواہ مدت آپ کی مجموعی تنخواہ (ٹیکسوں سے پہلے) کیا تھی؟ \_\_\_\_\_  
5. آپ کو کتنی بار معاوضہ دیا گیا؟ \_\_\_\_\_
6. کیا آپ نے اپنی تنخواہ کے علاوہ قیام یا بخششیں بھی وصول کیں؟  جی ہاں  جی نہیں اگر جی ہاں، تو وضاحت کریں: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### D. آپ کی چوٹ یا بیماری

1. چوٹ کی تاریخ یا بیماری کے آغاز کی تاریخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
2. چوٹ کا وقت: \_\_\_\_\_ صبح  شام
3. چوٹ / بیماری کہاں ہوئی؟ (مثلاً، 1 مین اسٹریٹ، پوٹرزویل، سامنے کے دروازے پر) \_\_\_\_\_
4. کیا یہ آپ کا معمول کا کام کا مقام تھا؟  جی ہاں  جی نہیں اگر نہیں تو آپ اس مقام پر کیوں تھے؟ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. جب آپ زخمی ہوئے یا بیمار ہوئے تو آپ کیا کر رہے تھے؟ (مثلاً ٹرک سے سامان اتارنا، رپورٹ ٹائپ کرنا) \_\_\_\_\_
6. چوٹ / بیماری کیسے ہوئی؟ (مثلاً، میں ایک پائپ کے اوپر سے ٹکرا گیا اور فرش پر گر گیا) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. اپنی چوٹ/بیماری کی نوعیت کی مکمل وضاحت کریں؛ جسم کے متاثرہ اعضاء کی فہرست بنائیں (مثلاً بائیں ٹخنے میں موج اور پیشانی پر چوٹ): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**D. آپ کی چوٹ یا بیماری جاری**

8. کیا کوئی آنتم (مثلاً فورک لفٹ، ہتھوڑا، تیزاب) چوٹ/بیماری میں ملوث تھی؟  جی ہاں  جی نہیں اگر جی ہاں، تو کیا؟ \_\_\_\_\_
9. کیا چوٹ لائسنس یافتہ موٹر گاڑی کے استعمال یا آپریشن کا نتیجہ تھی؟  جی ہاں  جی نہیں اگر ہاں،  آپ کی گاڑی  آجر کی گاڑی  دیگر گاڑی لائسنس پلیٹ نمبر (اگر معلوم ہو): \_\_\_\_\_
- اگر آپ کی گاڑی شامل تھی تو اپنے موٹر ویکل انشورنس کیریئر کا نام اور پتہ دیں: \_\_\_\_\_
10. کیا آپ نے اپنے آجر (یا سپروائزر) کو چوٹ/بیماری کا نوٹس دیا ہے؟  جی ہاں  جی نہیں اگر ہاں تو نوٹس دیا گیا: \_\_\_\_\_  زبانی  تحریری طور پر وہ تاریخ جس پر نوٹس دیا گیا: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
11. کیا کسی نے آپ کو چوٹ لگتے دیکھا؟  جی ہاں  جی نہیں  نامعلوم اگر ہاں تو ناموں کی فہرست: \_\_\_\_\_

**E. کام پر واپس آنا**

1. کیا آپ نے اپنی چوٹ / بیماری کی وجہ سے کام بند کر دیا؟  جی ہاں، کس تاریخ کو؟ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ نہیں، سیکشن F پر چھوڑ دیں۔
2. کیا آپ کام پر واپس آئے ہیں؟  جی ہاں  جی نہیں اگر ہاں، کس تاریخ کو؟ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ باقاعدہ ڈیوٹی  محدود ڈیوٹی
3. اگر آپ کام پر واپس آ گئے ہیں، تو آپ فی الحال کس کے لئے کام کر رہے ہیں؟  وہی آجر  نیا آجر  ذاتی کاروبار
4. فی تنخواہ مدت آپ کی مجموعی تنخواہ (ٹیکسوں سے پہلے) کیا ہے؟ \_\_\_\_\_ آپ کو کتنی بار ادائیگی کی جاتی ہے؟ \_\_\_\_\_

**F. اس چوٹ یا بیماری کے لئے طبی علاج**

1. آپ کے پہلے علاج کی تاریخ کیا تھی؟ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ علاج نہیں کروایا (سوال F-5 پر چلے جائیں)
2. کیا آپ کا اسی مقام پر علاج کیا گیا؟  جی ہاں  جی نہیں
3. آپ نے اپنی چوٹ / بیماری کا اس جگہ کے علاوہ طبی علاج کہاں سے کروایا؟  کہیں سے نہیں  ایمرجنسی روم  ڈاکٹر کا دفتر  کلینک / اسپتال / فوری نگہداشت  اسپتال میں 24 گھنٹے سے زیادہ قیام
- نام اور پتہ جہاں آپ کا پہلی بار علاج کیا گیا تھا: \_\_\_\_\_
4. کیا آپ کا اب بھی اس چوٹ/بیماری کا علاج کیا جا رہا ہے؟  جی ہاں  جی نہیں اس چوٹ / بیماری کے لئے آپ کا علاج کرنے والے ڈاکٹر کا نام اور پتہ دیں: \_\_\_\_\_
- فون نمبر: \_\_\_\_\_ ( )
5. کیا آپ کو جسم کے اسی حصے میں ایک اور چوٹ لگی ہے، یا اسی طرح کی بیماری ہے؟  جی ہاں  جی نہیں اگر ہاں، تو کیا آپ کا علاج ایک ڈاکٹر نے کیا تھا؟  جی ہاں  جی نہیں اگر ہاں تو آپ کا علاج کرنے والے ڈاکٹر (ڈاکٹروں) کے نام اور پتے فراہم کریں اور مکمل اور فائل فارم C-3.3 اس فارم کے ساتھ مل کر: \_\_\_\_\_
- فون نمبر: \_\_\_\_\_ ( )

6. کیا پچھلی چوٹ / بیماری کا تعلق کام سے تھا؟  جی ہاں  جی نہیں

اگر ہاں، تو کیا آپ اسی آجر کے لئے کام کر رہے تھے جس کے لئے آپ اس وقت کام کرتے ہیں؟  جی ہاں  جی نہیں

میں اس کے ذریعے ورکرز کمپنیشن قانون کے تحت فوائد کا دعویٰ کر رہا رہی ہوں۔ میرے دستخط اس بات کی تصدیق کرتے ہیں کہ میں جو معلومات فراہم کر رہا رہی ہوں وہ میرے علم اور یقین کے مطابق صحیح اور درست ہے۔

کوئی بھی شخص جو جان بوجھ کر اور دھوکہ دہی کے ارادے سے پیش کرتا ہے، یا علم یا یقین کے ساتھ تیاری کرتا ہے کہ اسے کسی بیمہ کنندہ، یا خود بیمہ کنندہ کے ذریعے پیش کیا جائے گا، کسی غلط مادی بیان پر مشتمل یا کسی مادی حقیقت کو چھپانے والی کوئی بھی معلومات، جرم کا مرتکب ہوگا اور کافی جرمانے کا مستحق ہوگا۔

ملازم کے دستخط: \_\_\_\_\_ نام چھاپیں: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ملازم کی طرف سے: \_\_\_\_\_ نام چھاپیں: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

کوئی فرد ملازم کی طرف سے صرف اسی صورت میں دستخط کر سکتا ہے جب وہ قانونی طور پر ایسا کرنے کا مجاز ہو اور ملازم نابالغ، ذہنی طور پر نابالغ یا معذور ہو۔

میں حالات کے تحت معقول تحقیقات کے بعد تشکیل پانے والے اپنے علم، معلومات اور عقیدے کی بہترین تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ اوپر مندرجہ بالا الزامات اور دیگر حقائق پر مبنی معاملات کو واضح حمایت حاصل ہے، یا امکان ہے کہ مزید تحقیقات یا دریافت کے معقول موقع کے بعد انہیں واضح حمایت حاصل ہوگی۔

اثارنی/نمائندے کے دستخط (اگر کوئی ہو): \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

نام چھاپیں: \_\_\_\_\_ عنوان: \_\_\_\_\_

شناختی نمبر، اگر کوئی ہو: \_\_\_\_\_ R اگر لائسنس یافتہ نمائندہ، لائسنس نمبر: \_\_\_\_\_ مدت ختم ہونے کی تاریخ: \_\_\_\_\_

## ملازمین کے دعوے کو مکمل کرنے کی ہدایات (فارم C-3)

براہ کرم اس فارم کو مکمل کریں اور انہیں ان ہدایات کے آخر میں درج ورکرز کمپنیشن بورڈ سینٹر لانزڈ ڈاک کے پتہ پر بھیج دیں۔ اگر آپ کو اس فارم کو مکمل کرنے میں اضافی مدد کی ضرورت ہے تو ورکرز کمپنیشن بورڈ سے 1-877-632-4996 پر رابطہ کریں۔ آپ اس فارم کو [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov) آن لائن بھی بھر سکتے /سکتی ہیں۔ اگر آپ کے پاس اپنے ورکرز کمپنیشن بورڈ کیس نمبر نہیں ہے یا آپ کو اس کا علم نہیں ہے تو براہ کرم اس خانے کو خالی چھوڑ دیں۔ اپنے دعوے پر عمل کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔ صفحہ دو کے اوپر اپنا نام اور اپنی چوٹ/ بیماری کی تاریخ درج کرنا یاد رکھیں۔

### سیکشن A - آپ کی معلومات (ملازم):

سیکشن A میں اپنا نام، پتہ اور دیگر درخواست کردہ معلومات درج کریں۔  
**آئٹم 7 پر نوٹ کریں:** بورڈ کی سماعت انگریزی میں کی جاتی ہے۔ اگر آپ کو مترجم کی ضرورت ہے تو ہاں منتخب کریں اور مطلوبہ زبان کی نشاندہی کریں۔

### نیویارک پرسنل پرائیویسی پروٹیکشن قانون کے مطابق نوٹیفیکیشن

(پبلک آفیسرز لا آرٹیکل 6-A) اور فیڈرل پرائیویسی ایکٹ 1974 (5 U.S.C. § 552a)

ورکرز کمپنیشن بورڈ (بورڈ) کا اختیار یہ درخواست کرنے کا ہے کہ دعویدار اپنے سوشل سیکورٹی نمبر سمیت ذاتی معلومات فراہم کریں، یہ 20 § ورکرز کمپنیشن لا (WCL) کے تحت بورڈ کے تفتیشی اتھارٹی اور WCL § 142 کے تحت اس کے انتظامی اختیار سے حاصل کیا گیا ہے۔ یہ معلومات بورڈ کو ممکنہ حد تک مفید طریقے سے دعووں کی تحقیقات اور انتظام میں مدد دینے اور دعوے کے درست ریکارڈ کو برقرار رکھنے میں مدد دینے کے لئے اکٹھی کی جاتی ہیں۔ بورڈ کو اپنا سوشل سیکورٹی نمبر فراہم کرنا رضاکارانہ ہے۔ اس فارم پر اپنا سوشل سیکورٹی نمبر فراہم کرنے میں ناکامی پر کوئی جرمانہ نہیں ہے؛ اس کے نتیجے میں آپ کے دعوے کی تردید یا فوائد میں کمی نہیں ہوگی۔ بورڈ اپنے قبضے میں موجود تمام ذاتی معلومات کی رازداری کو صیغہ راز میں رکھے گا اور اسے صرف اپنے سرکاری فرانسز کو آگے بڑھانے اور قابل اطلاق ریاستی اور وفاقی قانون کے مطابق ظاہر کرے گا۔

### سیکشن B - آپ کے آجر (ز):

سیکشن بی میں، اس آجر کا نام، پتہ، فون نمبر اور دیگر معلومات درج کریں جس کے لئے آپ چوٹ/ بیماری کے وقت کام کر رہے تھے۔  
**نوٹ:** آپ کا آجر وہ کمپنی یا ایجنسی ہے جو آپ کی تنخواہ جاری کرتا ہے۔ اگر آپ کام کی جگہ یا دفتر میں ٹھیکیدار ہیں، تو آپ کی خدمات حاصل کرنے والی عملہ ایجنسی یا وینڈر آپ کا آجر ہے، نہ کہ کام کی سائٹ یا دفتر جہاں آپ کام پر رپورٹ کرتے ہیں۔

### سیکشن C - چوٹ یا بیماری کی تاریخ پر آپ کی ملازمت:

سیکشن C میں، اپنی ملازمت کا عنوان، کام کی سرگرمیاں درج کریں اور معلومات ادا کریں۔

### سیکشن D - آپ کی چوٹ یا بیماری:

سیکشن D میں، اپنی چوٹ یا بیماری کی معلومات درج کریں۔

**آئٹم 1:** اس تاریخ میں داخل کریں جس میں آپ زخمی ہوئے تھے یا پہلی تاریخ میں داخل کریں جب آپ نے دیکھا کہ آپ بیمار ہو گئے ہیں۔

اگر یہ کوئی بیماری یا پیشہ ورانہ بیماری ہے تو آئٹم 2 کو چھوڑ دیں۔ آپ کے زخمی ہونے کی تاریخ ماہ/دن/سال کی شکل میں ہونی چاہیے۔ سال کو چار ہندسوں کے طور پر لکھا جانا چاہئے، مثلاً 2015۔

**آئٹم 2:** اس وقت داخل کریں جب چوٹ لگی تھی۔ اس کی جانچ کریں کہ وقت صبح کا ہے یا شامل کا۔

**آئٹم 3:** اس مقام کی نشاندہی کریں جہاں چوٹ/ بیماری واقع ہوئی تھی، بشمول عمارت کا پتہ اور عمارت میں جسمانی مقام جہاں چوٹ/ بیماری ہوئی تھی۔

**آئٹم 4:** چیک کریں کہ آیا یہ آپ کا عام کام کا مقام تھا۔ اگر ایسا نہیں تھا تو وضاحت کریں کہ آپ اس مقام پر کیوں تھے۔

**آئٹم 5:** تفصیل سے بیان کریں کہ آپ چوٹ / بیماری کے وقت کیا کر رہے تھے (مثلاً ہاتھ سے ٹرک سے ڈبے اتارنا)۔

اس سے چوٹ تک پہنچنے والے واقعات کی وضاحت ہوتی ہے۔

**آئٹم 6:** تفصیل سے بیان کریں کہ چوٹ / بیماری کیسے ہوئی (مثلاً، میں ایک ٹرک سے ایک بھاری ڈبہ اٹھا رہا تھا/تھی)۔ اس میں چوٹ / بیماری میں شامل تمام افراد اور واقعات شامل ہونے چاہئیں۔

**آئٹم 7:** اپنی چوٹ / بیماری کی نوعیت اور حد کی مکمل نشاندہی کریں، بشمول جسم کے تمام زخمی اعضاء۔ زیادہ سے زیادہ مخصوص رہیں (مثلاً، میں نے ایک بھاری ڈبہ اٹھانے کی کوشش کرتے ہوئے اپنی پیٹھ میں کھچاؤ پیدا کیا۔ اب ہلکی چیزوں کو جھکنے یا پکڑنے میں تکلیف ہوتی ہے)۔

**آئٹم 8:** عندیہ دیں کہ آیا کوئی آئٹم حادثے کا حصہ تھا اس کے علاوہ لائنسنس یافتہ موٹر گاڑی۔ دیگر اشیاء میں کوئی اوزار (مثلاً ہتھوڑا)، ایک کیمیکل (مثلاً تیزاب)، مشینری (مثلاً فورک لفٹ یا ڈرل پریس) وغیرہ شامل ہو سکتے ہیں۔

**آئٹم 9:** عندیہ کریں کہ آیا اس حادثے میں لائنسنس یافتہ موٹر گاڑی ملوث تھی۔ اگر ایسا ہے تو چیک کریں کہ اس میں شامل موٹر گاڑی آپ کی تھی، آپ کے آجر کی تھی یا کسی تیسرے فریق کی تھی۔ لائنسنس پلیٹ نمبر شامل کریں (اگر معلوم ہو)۔ اگر آپ کی گاڑی شامل تھی تو اپنے آٹوموبائل ذمہ داری انشورنس کیریئر کا نام اور پتہ بھریں۔

**آئٹم 10:** چیک کریں کہ آیا آپ نے اپنے آجر یا سپروائزر کو اپنی چوٹ یا بیماری کا نوٹس دیا ہے۔ اگر ایسا ہے تو عندیہ دیں کہ آپ نے کس کو نوٹس دیا ہے اور ساتھ ہی یہ بھی کہ آیا یہ زبانی کہا گیا ہے یا تحریری صورت میں۔ آپ نے جو تاریخ نوٹس دی ہے اس میں شامل کریں۔

**آئٹم 11:** چیک کریں کہ کیا کسی اور نے چوٹ کو ہوتے دیکھا ہے۔ اگر کسی نے اسے دیکھا تو ان کا نام بھی شامل کریں۔

### سیکشن ای - کام پر واپس آنیں:

**آئٹم 1:** اگر آپ نے اپنے کام سے متعلق چوٹ/ بیماری کے نتیجے میں کام کرنا چھوڑ دیا ہے، تو جی ہاں پر چیک کا نشان لگائیں اور اس تاریخ کی نشاندہی کریں جس تاریخ میں آپ نے کام کرنا چھوڑ دیا ہے۔ اگر آپ نے کام کرنا بند نہیں کیا ہے تو جی نہیں پر چیک کا نشان لگائیں اور اگلے سیکشن پر چلے جائیں۔

**آئٹم 2:** اگر آپ اس کے بعد کام پر واپس آئے ہیں، تو جی ہاں پر چیک کا نشان لگائیں۔ یہ بھی بتائیں کہ آپ نے دوبارہ کس تاریخ کو کام شروع کیا، اور آیا آپ اپنی معمول کی ذمہ داریوں پر واپس آ گئے/گئی ہیں یا پھر آپ محدود اور پابند ذمہ داری ادا کر رہے/رہی ہیں۔ (اگر آپ اپنی مکمل چوٹ یا بیماری سے قبل کے کام کے فرانسز پر واپس نہیں آئے ہیں، تو آپ محدود ذمہ داری پر ہیں)۔

**آئٹم 3:** اگر آپ کام پر واپس آ گئے ہیں تو عندیہ دیں کہ اس وقت آپ کس کے لئے کام کر رہے ہیں۔

**آئٹم 4:** اس وقت آپ جس ملازمت پر کام کر رہے ہیں اس کے لئے فی تنخواہ مدت اپنی مجموعی تنخواہ (ٹیکس تنخواہ سے پہلے) درج کریں۔ عندیہ دیں کہ آپ کتنی بار تنخواہ وصول کر رہے/ رہی ہیں (بقتہ وار، دو-ہفتے بعد وغیرہ)۔

## سیکشن F - اس چوٹ یا بیماری کے لئے طبی علاج:

- انٹم 1:** اگر آپ نے اس چوٹ/بیماری کا طبی علاج نہیں کروایا، تو کوئی علاج نہیں ہوا پر چیک کا نشان لگائیں اور انٹم 5 پر چلے جائیں۔ بصورت دیگر، اس چوٹ/بیماری کا علاج پہلی بار حاصل کرنے کی تاریخ درج کریں اور اس سیکشن کے باقی حصے مکمل کریں۔
- انٹم 2:** جانچ کریں کہ کیا اس چوٹ یا بیماری کا پہلی مرتبہ ملازمت پر آپ کا علاج کیا گیا تھا یا نہیں۔
- انٹم 3:** اس مقام کی جانچ کریں جہاں آپ نے پہلی بار اپنی چوٹ یا بیماری کے لئے کام کی جگہ سے باہر علاج کروایا تھا۔ طبی مرکز کے نام اور پتہ کے ساتھ فون نمبر (بشمول ایریا کوڈ) شامل کریں۔
- انٹم 4:** اگر اس وقت بھی آپ کا اسی چوٹ یا بیماری کا علاج معالجہ چل رہا ہے، تو جی ہاں پر چیک کا نشان لگائیں اور علاج فراہم کرنے والے ڈاکٹر (ڈاکٹروں) کے نام اور پتہ کے ساتھ فون نمبر (بشمول ایریا کوڈ) فراہم کریں؛ بصورت دیگر، جی نہیں پر چیک کا نشان لگائیں۔
- انٹم 5:** اگر آپ کو پہلے ہی جسم کے ایک ہی حصے میں چوٹ لگی ہے یا اسی طرح کی بیماری ہے، تو جی ہاں پر چیک کا نشان لگائیں اور عندیہ دیں کہ آیا کسی ڈاکٹر نے اس چوٹ یا بیماری کا آپ کا علاج کیا ہے یا نہیں۔ اگر آپ کا علاج کسی ڈاکٹر نے کیا ہے تو اس ڈاکٹر کے نام اور پتہ کی نشاندہی کریں جنہوں نے صحت کی نگہداشت فراہم کی اور اس فارم کے ساتھ فائل فارم C-3.3 مکمل کریں۔
- انٹم 6:** اگر آپ کو پچھلی چوٹ یا بیماری تھی تو جانچ کریں کہ آیا آپ کی پچھلی چوٹ یا بیماری کام سے متعلق تھی یا نہیں۔ اگر ہاں تو جانچ کریں کہ آیا چوٹ یا بیماری آپ کے موجودہ آجر کے لئے کام کرتے ہوئے لگی تھی یا نہیں۔

صفحہ 2 پر ملازمین کے دستخط کے لیے فراہم کردہ جگہ پر فارم C-3 پر دستخط کریں، اپنا نام چھاپیں اور فارم پر دستخط کی تاریخ درج کریں۔ ملازم کی طرف سے اگر کوئی تیسرا فریق دستخط کر رہا ہے تو اس شخص کو دستخط کے لیے موجود دوسری سطر پر دستخط کرنے چاہئیں۔ اگر آپ کے پاس قانونی نمائندگی ہے ان کو لازمی طور پر صفحہ 2 کے نیچے اٹارنی/نمائندے کے سرٹیفیکیشن سیکشن مکمل کر کے دستخط کرنے ہوں گے۔

## ملازمت پر چوٹ یا پیشہ ورانہ بیماری کی صورت میں ہر کارکن کو کیا کرنا چاہئے:

- فوری طور پر اپنے آجر یا سپروائزر کو بتائیں کہ آپ کب، کہاں اور کیسے زخمی ہوئے ہیں۔
- فوری طور پر محفوظ طبی نگہداشت۔
- اپنے ڈاکٹر سے کہیں کہ وہ بورڈ اور اپنے آجر یا اس کے انشورنس کیریئر کے پاس طبی رپورٹ جمع کروائیں۔
- معاوضے کے لئے یہ دعویٰ کریں اور اسے قریبی ورکرز کمپنیشن بورڈ آفس بھیج دیں۔ (ذیل میں دیکھیں)۔ چوٹ لگنے کی تاریخ کے دو سال کے اندر اگر آپ فائل کرنے میں ناکام رہے تو نتیجتاً کئے جانے والے دعوے کا انکار بھی کیا جاسکتا ہے۔ اگر آپ کو اس فارم کو مکمل کرنے میں مدد کی ضرورت ہے تو ٹیلی فون کریں یا نیچے درج قریبی ورکرز کمپنیشن بورڈ آفس کا دورہ کریں۔
- پیش ہونے کا کہا جائے تو تمام سماعتوں پر جائیں۔
- آپ جیسے ہی ٹھیک ہوں کام پر واپس چلے جائیں، کیوں کہ ہرجانے کی رقم آپ کی اجرت سے کم ہی ہوتی ہے۔

## آپ کے حقوق:

- عام طور پر، آپ اپنی پسند کے ڈاکٹر کے ذریعہ علاج کروانے کے حقدار ہیں، بشرطیکہ وہ بورڈ کے ذریعہ مجاز ہوں۔ اگر آپ کا آجر کسی تریجی فراہم کنندہ تنظیم (بی پی او) کے انتظام میں شامل ہے، تو آپ کو تریجی فراہم کنندہ تنظیم سے ابتدائی علاج کروانا ہوگا جس کو کارکنوں کے معاوضے کی چوٹوں کے لئے صحت کی نگہداشت کی خدمات فراہم کرنے کے لئے نامزد کیا گیا ہے۔
- اپنے ڈاکٹر یا اسپتال کو ادائیگی نہ کریں۔ اگر آپ کا معاملہ متنازعہ نہیں ہے تو ان کے بل انشورنس کیریئر کے ذریعہ ادائیگیاں کی جائیں گی۔ اگر آپ کا معاملہ متنازعہ ہے، تو بورڈ کی جانب سے آپ کے معاملہ پر فیصلہ ہونے تک ڈاکٹر یا اسپتال کو ادائیگی کا انتظار کرنا ہوگا۔ اگر آپ اپنا مقدمہ چلانے میں ناکام رہتے ہیں یا بورڈ آپ کے خلاف فیصلہ کرتا ہے تو ڈاکٹر یا اسپتال کو ادائیگی آپ کو کرنی ہوگی۔
- آپ کو ڈاکٹر کی جانب سے تجویز کردہ ادویات، بیساکھیوں یا دیگر آلات یا ڈاکٹر یا اسپتال تک آنے جانے کے لیے گاڑی کے کرائے یا دیگر ضروری اخراجات کے لیے بازادائیگی حاصل کرنے کا بھی حق حاصل ہے۔ (اس طرح کے اخراجات کے لئے رسید حاصل کریں)۔
- اگر آپ کی چوٹ آپ کو سات دن سے زیادہ کام سے روکتی ہے، آپ کو کم اجرت پر کام کرنے پر مجبور کرتی ہے، یا اس کے نتیجے میں آپ کے جسم کے کسی بھی حصے میں مستقل معذوری ہوتی ہے تو آپ معاوضے کے حقدار ہیں۔
- اگر معاملہ متنازعہ نہیں ہے تو فیصلے کا انتظار کئے بغیر ہرجانے کا معاوضہ براہ راست ادا کیا جائے گا۔
- زخمی ہونے والے کارکن یا وفات پانے والے کارکنوں کے زیر کفالت افراد، بورڈ کے سامنے اپنے معاملات پیش کر سکتے ہیں یا ان کی جانب سے کوئی وکیل یا لانسٹس یافتہ نمائندہ ان کی نمائندگی کر سکتا ہے۔ اگر کسی اٹارنی یا لانسٹس یافتہ نمائندے کو برقرار رکھا جاتا ہے تو بورڈ قانونی خدمات کے لئے ان کی فیس کا جائزہ لے گا اور اگر منظور کیا جاتا ہے تو آجر یا انشورنس کمپنی واجب الادا ہر جائے کے معاوضے کے فوائد میں سے ادا کرے گی۔ زخمی ہونے والے کارکن یا وفات پانے والے کارکنوں کے زیر کفالت افراد کو ہرجانے کے مقدمے میں ان کی نمائندگی کرنے والے اٹارنی یا لانسٹس یافتہ نمائندے کو براہ راست کچھ ادا نہیں کرنا چاہئے۔
- اگر آپ کو اپنی چوٹ کی وجہ سے کام پر واپس آنے، یا خاندان یا مالی مسائل کے ساتھ مدد کی ضرورت ہے، تو اپنے قریبی ورکرز کمپنیشن بورڈ کے دفتر سے رابطہ کریں اور بحالی کونسلر یا سماجی کارکن کے بارے میں معلوم کریں۔

اس فارم کو براہ راست مندرجہ ذیل پتے پر بھیج کر فائل کروایا جائے:

**New York State Workers' Compensation Board  
Centralized Mailing  
PO Box 5205  
Binghamton, NY 13902-5205**

کسٹمر سروس ٹول فری نمبر: 877-632-4996

WCB کیس نمبر (اگر آپ کے علم میں ہو):

دعویدار کے لئے: اگر آپ نے جسم کے ایک ہی حصے میں پچھلی چوٹ کا علاج کرایا ہے یا آپ کے موجودہ دعوے میں بیان کردہ بیماری کی طرح کسی بیماری کا علاج کرایا ہے تو اس فارم کو پُر کریں۔ یہ فارم آپ کے نیچے درج کردہ صحت کی نگہداشت فراہم کنندگان کو آپ کے آجر کے کارکنوں کے معاوضے کے بیمہ کار کو آپ کی پچھلی چوٹ/بیماری کے بارے میں صحت کی نگہداشت کی معلومات جاری کرنے کی اجازت دیتا ہے۔ وفاقی HIPAA قانون (ہیلتھ انشورنس پورٹیبلیٹی اینڈ اکاؤنٹیٹی ایکٹ 1996) میں کہا گیا ہے کہ آپ کو اس فارم کی نقل حاصل کرنے کا حق ہے۔ اگر آپ اس فارم کو نہیں سمجھتے ہیں تو اپنے قانونی نمائندہ سے بات کریں۔ اگر آپ کے پاس کوئی قانونی نمائندہ نہیں ہے تو ورکرز کمپنیشن بورڈ میں موجود ایڈووکیٹ فار انجرڈ ورکرز آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ کال کریں: 800-580-6665۔

صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ کے لئے: HIPAA کے مطابق جاری ہونے والی اس نقل آپ کو صحت کی معلومات ظاہر کرنے کی اجازت دیتی ہے۔ اگر آپ اس اجراء کے جواب میں آجر کے کارکنوں کے معاوضہ بیمہ کار کو ریکارڈ بھیجتے ہیں تو دعویدار کے قانونی نمائندے کو بھی نقول ڈاک کے ذریعے بھیجیں۔ (اگر کوئی قانونی نمائندہ ذیل میں درج نہیں ہے تو دعویدار کو نقول بھیجیں۔) ریکارڈ جاری کرنے والے صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ کو نیویارک کے ریاستی قانون اور HIPAA پر عمل کرنا چاہئے۔

یہ اجراء ہے:

- **رضاکارانہ**۔ آپ کے صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ (کنندگان) کو آپ کو ایک ہی نگہداشت، ادائیگی کی شرائط اور فوائد دینے چاہئیں، چاہے آپ اس فارم پر دستخط کریں یا نہ کریں۔
- **محدود**۔ یہ آپ کے صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ (کنندگان) کو صرف ان صحت ریکارڈز کو جاری کرنے کی اجازت دیتا ہے جو آپ کی ذیل میں بیان کی گئی پچھلی بیماری/حالت سے متعلق ہیں۔
- **عارضی**۔ یہ اس وقت ختم ہوتا ہے جب معاوضے کے لئے آپ کا موجودہ دعویٰ قائم یا مسترد کر دیا جاتا ہے اور تمام اپیلیں ختم ہو جاتی ہیں۔
- **قابل منسوخ**۔ آپ کسی بھی وقت اس اجراء کو منسوخ کر سکتے ہیں۔ منسوخ کرنے کے لئے، اس فارم پر درج صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ (کنندگان) کو ایک خط بھیجیں۔ اس کے علاوہ، اپنے خط کی ایک نقل اپنے آجر کے کارکنوں کے معاوضہ بیمہ کار اور ورکرز کمپنیشن بورڈ کو بھیجیں۔ نوٹ: آپ پہلے سے فراہم کردہ طبی ریکارڈ کے حوالے سے اس اجراء کو منسوخ نہیں کر سکتے ہیں۔
- **صرف ریکارڈ کے لیے**۔ یہ آپ کے صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ (کنندگان) کو اس فارم پر درج آپ کے آجر کے کارکنوں کے معاوضہ بیمہ کار کو آپ کے صحت کی نگہداشت کے ریکارڈ کی نقول بھیجنے کی اجازت دیتا ہے۔

یہ فارم آپ کے صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ (کنندگان) کو درج ذیل اقسام کی معلومات جاری کرنے کی اجازت نہیں دیتا:

● ایچ آئی وی سے متعلق معلومات

● نفسیاتی علاج نوٹ

● شراب/منشیات کا علاج

● ذہنی صحت کا علاج (جب تک آپ نیچے چیک نہ کریں)

● **ذہنی معلومات** (آپ کے صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ آپ کی صحت کی نگہداشت کی معلومات پر کسی سے بات نہیں کر سکتے ہیں)

جاری کردہ کوئی بھی طبی ریکارڈ آپ کے کارکنوں کی معاوضہ فائل کا حصہ بن جائے گا اور ورکرز کمپنیشن قانون کے تحت خفیہ ہے۔

**A: آپ کی معلومات (دعویدار)**

1. نام: \_\_\_\_\_

2. سوشل سیکورٹی نمبر: \_\_\_\_\_

3. ڈاک پتہ: \_\_\_\_\_

4. تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

6. موجودہ چوٹ/بیماری، بشمول جسم کے تمام زخمی اعضاء: \_\_\_\_\_

7. آپ کے قانونی نمائندے کا نام اور پتہ (اگر کوئی ہو): \_\_\_\_\_

یہاں چیک کریں کہ کیا آپ اپنے صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ (کنندگان) کو ذہنی صحت کی نگہداشت معلومات جاری کرنے کی اجازت دیتے ہیں۔

**B. آپ کا صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ (کنندگان)** (ان تمام صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ (کنندگان) کی فہرست بنائیں جنہوں نے آپ کا علاج سابقہ ایک ہی جسم کے حصے یا اسی طرح کی بیماری میں چوٹ کے لئے کیا تھا۔ اگر 2 سے زائد فراہم کنندگان اپنی رابطہ معلومات اس فارم سے منسلک کرتے ہیں۔)

1. فراہم کنندہ: \_\_\_\_\_

2. فون نمبر: \_\_\_\_\_ ( )

3. ڈاک پتہ: \_\_\_\_\_

4. دوسرا فراہم کنندہ (اگر کوئی ہو): \_\_\_\_\_

5. فون نمبر: \_\_\_\_\_ ( )

6. ڈاک پتہ: \_\_\_\_\_

**C. پڑھیں اور نیچے دستخط کریں۔** میں اس کے ذریعے درخواست کرتا/کرتی ہوں کہ مندرجہ بالا تمام اعضاء کی سابقہ چوٹ/بیماری سے متعلق صحت کے تمام ریکارڈز کی نقول مندرجہ بالا صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ میرے آجر کے کارکنوں کے معاوضہ بیمہ کنندہ کو فراہم کرے۔

دعویدار کے دستخط (صرف سیاہی - اگر ممکن ہو تو نیلے بال پوائنٹ پین کا استعمال کریں۔) \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_

اگر دعویدار دستخط کرنے سے قاصر ہے، دعویدار کی طرف سے دستخط کرنے والے شخص کو بھرنا ہوگا اور نیچے دستخط کرنا ہوگا:

آپ کا نام \_\_\_\_\_ دعویدار سے تعلق \_\_\_\_\_ دستخط \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_

(صرف سیاہی - اگر ممکن ہو تو نیلے بال پوائنٹ پین کا استعمال کریں۔)

# C-3.1

## ریاست نیو یارک ورکرز کمپنیشن بورڈ

ورکرز کمپنیشن بورڈ کی جانب سے منظور شدہ نگہداشتِ صحت کے  
فراہم کنندہ کے انتخاب کے حق کا نوٹس

زخمی ملازم کا نام	زخمی ملازم کا سوشل سکیورٹی نمبر	حادثے کی تاریخ
آجر کا نام اور پتہ		

### بنام زخمی ملازم:

اپنی کام سے متعلقہ چوٹ یا بیماری کے علاج کے لئے، آپ (کسی مجاز فریڈیشن کی جانب سے ریفرل پر) ایسے کسی بھی فریڈیشن، پوڈیاٹرسٹ، کیروپریکٹر، یا ماہر نفسیات کا انتخاب کر سکتے ہیں جو ورکرز کمپنیشن بورڈ کی جانب سے منظور شدہ ہو اور جو ورکرز کمپنیشن کے مریضوں کو قبول کر رہا ہو۔

اگرچہ آپ کسی ایسے نیٹ ورک یا فراہم کنندہ کو استعمال کرنے، جس کی تجویز آپ کے آجر یا ان کے ورکرز کمپنیشن انشورنس کیئرینر نے دی ہو یا اپنے آجر کو یہ اجازت دینے کا انتخاب کر سکتے ہیں کہ وہ آپ کی جانب سے کسی فراہم کنندہ کا انتخاب کر لیں، تاہم آپ، کسی بھی وقت، مراعات کے لئے اپنے ورکرز کمپنیشن دعوے کو نقصان پہنچائے بغیر اپنی نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندہ کو تبدیل کر سکتے ہیں۔

زخمی ملازم کے دستخط تاریخ گواہ کے دستخط تاریخ

براہ کرم نوٹ کر لیں: اس صورت میں آپ کے لئے یہ ضروری نہیں ہے کہ رضامندی کے اس فارم پر دستخط کریں کہ جب آپ کا آجر (i) ورکرز کمپنیشن قانون کے آرٹیکل 10-A کے تحت کسی تصدیق شدہ ترجیحی فراہم کنندہ تنظیم (PPO) (preferred provider organization) میں شامل ہو، یا (ii) ورکرز کمپنیشن قانون کے سیکشن 25(2-c) کے تحت متبادل تنازعاتی حل (ADR) (alternative dispute resolution) کے پائلٹ پروگرام میں حصہ لے رہا ہو۔ ان آئینی پروگرامز کے مطابق، ماسوائے ایمرجنسی حالات کے، آپ کو اپنے آجر کی جانب سے نامزد کردہ تصدیق شدہ نیٹ ورک (نیٹ ورکس) یا فراہم کنندگان سے ورکرز کمپنیشن والی کسی چوٹ یا بیماری کے لئے کم از کم ابتدائی علاج ضرور حاصل کرنا چاہیئے۔

### بنام آجر:

آجر کو اس فارم کی ایک دستخط شدہ نقل اوپر مذکورہ زخمی ملازم کو فراہم کرنی چاہیئے اور اصل فارم کو آجر کے ریکارڈز میں محفوظ رکھنا چاہیئے جہاں پر کسی بھی وقت ورکرز کمپنیشن بورڈ کی جانب سے اس کی جانچ کی جا سکتی ہے۔ ملازم کی کام سے متعلقہ چوٹ یا بیماری کے لاحق ہونے سے پہلے اس فارم کو نہ تو ورکرز کمپنیشن بورڈ میں جمع کروانا چاہیئے نہ ہی اسے زیر عمل لانا چاہیئے۔

ورکرز کمپنیشن بورڈ معذوریوں کے شکار لوگوں کو بلا امتیاز ملازمت دیتا ہے اور انہیں خدمات پیش کرتا ہے۔





## انشورنس فنڈ برائے ریاست نیو یارک مراعات برائے فارمیسی کا انتظام

انشورنس فنڈ برائے ریاست نیو یارک (NYSIF) آپ کے آجر کو ملازمین کو کام کے دوران پہنچنے والی چوٹوں یا بیماریوں کے لیے ورکرز کمپنسیشن کوریج فراہم کرتا ہے۔ یہ منصوبہ 67,000 سے زیادہ شریک فارمیسیز کے نیٹ ورک پر مشتمل ہے تاکہ آپ آسان اور باسہولت طور پر طبی نسخے بھر سکیں۔ اگر آپ کو کام کے دوران پہنچنے والی چوٹ یا بیماری کے لیے ادویات تجویز کی گئی ہیں تو اسے کیئرکومپ (CareComp) فارمیسی نیٹ ورک میں شامل ایک فارمیسی میں بھرا جانا چاہیئے۔

NYSIF ایک "شارٹ فل" کی خدمت بھی فراہم کرتا ہے، جو آپ کو اپنے دعووں کی قبولیت سے قبل ہی، فارمیسی کی مراعات حاصل کرنے کے قابل بناتا ہے۔ اگرچہ ہمیں، آپ کو یہ مراعت فراہم کرنے کی ضرورت نہیں ہے، لیکن ہم مجوزہ ادویات کی مراعات کی محدود تعداد کی پیشکش کے ذریعے، جنہیں کیئرکومپ فارمیسی نیٹورک کے اندر بھرا جا سکتا ہے، آپ کو کام کے دوران پہنچنے والی چوٹوں یا بیماریوں کے ابتدائی چند مشکل دنوں میں آپ کی مدد کرنا چاہتے ہیں۔

براہ کرم کسی بھی شرکت کنندہ فارمیسی پر نسخہ جات بھرنے کے لیے - اس صفحے کی پشت پر موجود فارم - "ورکرز کمپنسیشن عارضی خدمات برائے نسخہ کی ID" استعمال کریں۔ اس فارم کو مکمل کرنے کے لیے، براہ کرم:

**مرحلہ 1:** اپنے آجر سے کہیں کہ وہ اپنا **کاروباری نام** اور **پالیسی نمبر** بھریں۔  
**مرحلہ 2:** اپنے **دعوے** اور **رابطہ تفصیلات** کے ساتھ باقی ماندہ فارم مکمل کریں۔  
**مرحلہ 3:** اپنا **مکمل شدہ فارم** اور **نسخہ** کیئرکومپ فارمیسی نیٹ ورک میں شامل کسی فارمیسی پر لائیں۔

**مرحلہ 4:** تصدیق شدہ حادثے کے 10 دن کے اندر، آپ **CVS کیئرمارک کی جانب سے ایک پیکٹ** وصول کریں گے۔ اس پیکٹ میں ایک **مستقل شناختی کارڈ** ہو گا جسے دوران کام پہنچنے والی چوٹوں یا بیماریوں کے لیے نسخہ بھرنے کے وقت استعمال کیا جانا چاہیئے۔

آپ <http://www.wcrxpharmacylocator.com/> وزٹ کرنے یا نگہداشت برائے مریض کی 24 گھنٹے کھلی رہنے والی ہاٹ لائن **866) 493-1640** پر کال کے ذریعے حصہ لینے والی مقامی فارمیسیز کے بارے میں جان سکتے ہیں۔

اگر آپ کے پاس سوالات ہیں یا معاونت چاہتے ہیں، تو براہ کرم وزٹ کریں یا NYSIF سے (888) 875-5790 پر رابطہ کریں۔

## ورکرز کمپنسیشن کی عارضی نسخہ جاتی سروسز ID کی اہم معلومات

### زخمی کارکن متوجہ ہوں

جب آپ اپنا ابتدائی نسخہ (نسخے) پُر کرتے ہیں تو ورکرز کمپنسیشن کی عارضی نسخہ جاتی سروسز کی ID کا یہ فارم اپنے دواساز کو پیش کرنا ضروری ہے۔ اگر آپ کے کوئی سوالات ہیں یا کسی شرکت کنندہ فارمیسی کو تلاش کرنا چاہتے ہیں، تو براہ کرم CVS کیئر مارک کسٹمر سروس کو 1-866-493-1640 پر کال کریں۔

**دواساز/آجر -** جب فارم مکمل ہو جائے، تو CVS کیئر مارک کو فیکس کریں: 1-866-493-1644

ادویات کو استعمال کرنے کی اجازت دینے کے لیے دعویدار کی معلومات کو CVS کیئر مارک کے ذریعے شامل کیا جائے گا۔ یہ معلومات بذریعہ ٹیلیفون بھی 1-866-493-1640 پر کال کر کے فراہم کی جا سکتی ہیں۔

<p><b>گروپ #: NYSIF</b></p> <p>متوجہ ہوں: ذیل میں موجود تمام آئٹمز کو مکمل کرنا ضروری ہے۔ زخمی کارکن کا نام:</p> <hr/> <p>پہلا _____ درمیان والا نام _____ آخری _____ زخمی کارکن کا میلنگ ایڈریس:</p> <hr/> <p>اسٹریٹ _____</p> <hr/> <p>شہر، ریاست کا ZIP _____</p> <p>ہیلپ ڈیسک: یہ صرف CVS کیئر مارک کے ذریعے ایک POS پروگرام ہے۔ معاونت کے لیے CVS کیئر مارک کے ہیلپ ڈیسک کو 866.493.1640 پر کال کریں</p>	<p><b>ریاست نیو یارک کا انشورنس فنڈ</b></p> <p>آجر کا نام:</p> <hr/> <p>آجر کے NYSIF ورکرز کمپنسیشن کا پالیسی نمبر:</p> <hr/> <p>زخمی ہونے کی تاریخ: ____/____/____ (MM/DD/YY)</p> <p>زخمی کارکن کی تاریخ پیدائش: ____/____/____ (MM/DD/YY)</p> <p>زخمی کارکن کا سوشل سکیورٹی نمبر:</p> <hr/>
---	---

### دواساز متوجہ ہوں:

NYSIF کا نسخہ جاتی پروگرام CVS کیئر مارک کی جانب سے زیر انتظام ہے۔ براہ کرم کلیم درج کرنے کے لیے درج ذیل عملی اقدامات پر عمل کریں۔ یہ اقدامات NYSIF کے دعویداروں پر نسخہ جمع کروانے کے لیے ضروری ہیں۔

مرحلہ 1	Bin نمبر 610235 درج کریں
مرحلہ 2	PCN درج کریں: WRK
مرحلہ 3	ID: زخمی کارکن کا سوشل سکیورٹی نمبر

دواساز، اگر کلیم کی پروسیسنگ کے دوران آپ کے کوئی بھی سوالات ہیں، تو براہ کرم CVS کیئر مارک کے ہیلپ ڈیسک کو 1-866-493-1640 پر کال کریں۔

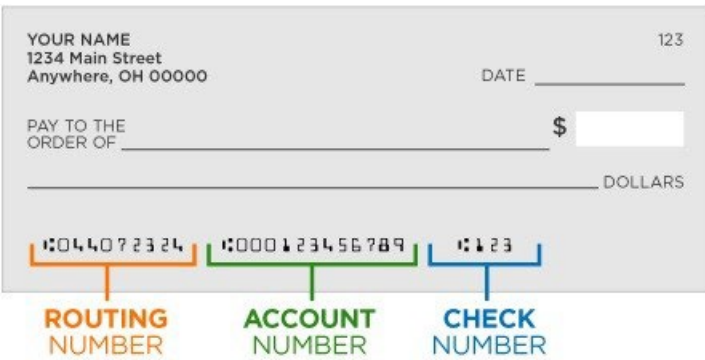
**معاونت درکار ہے؟**

براه راست ڈپازٹ کے ذریعے اپنے کارکنان کے  
معاوضے کی ادائیگی حاصل کریں!

## براه راست ڈپازٹ

نیو یارک اسٹیٹ انشورنس فنڈ

NYSIF طلبگروں کو کارکنان کے معاوضے کے فوائد حاصل کرنے کے لیے براہ راست ڈپازٹ کی پیشکش کرتا ہے۔ آپ کے مالیاتی ادارے کے ساتھ ہم آہنگی میں، NYSIF آپ کے بینک اکاؤنٹ میں فوائد کی ادائیگیاں براہ راست ڈپازٹ کر سکتا ہے۔ یہاں تک کہ آپ (بلحاظ فیصد) دو بینک اکاؤنٹس کے مابین اپنی ادائیگیاں تقسیم کرنے کا انتخاب کر سکتے ہیں۔



YOUR NAME  
1234 Main Street  
Anywhere, OH 00000

DATE \_\_\_\_\_

PAY TO THE ORDER OF \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DOLLARS

044072324 000123456789 123

ROUTING NUMBER ACCOUNT NUMBER CHECK NUMBER

### اکاؤنٹ کی قسم کے لیے تقاضے

آپ کو چاہیے کہ اپنی ادائیگی چیکنگ یا سیونگز اکاؤنٹ میں ڈپازٹ کریں۔ براہ راست ڈپازٹ فارم پر تمام معلومات، بشمول اپنا بینک روٹنگ نمبر اور اکاؤنٹ نمبر مکمل کریں (تصویر ملاحظہ کریں)۔ معاونت درکار ہونے کی صورت میں اپنے بینک سے رابطہ کریں۔

### منسوخی

یہ معاہدہ منسوخ ہونے تک نافذ العمل رہے گا۔ اپنا معاہدہ منسوخ کرنے کے لیے، nysif.com پر جائیں، بطور طلبگار رجسٹر ہوں اور "براه راست ڈپازٹ سے ان سبکرائب کریں" کا اختیار منتخب کریں۔ علاوہ ازیں، ہمارے فوری لنکس "دعویٰ جاتی مدد طلب کریں" کا استعمال کر کے nysif.com پر اپنے NYSIF کیس مینیجر سے رابطہ کر کے بھی منسوخ کر سکتے ہیں۔ یہ معاہدہ NYSIF کی جانب سے یا آپ کے مالیاتی ادارے کی جانب سے بھی منسوخ کیا جا سکتا ہے۔ کسی بھی صورت میں، آپ کو اس کے بعد چیکس ڈاک میں موصول ہوں گے۔ منسوخی کے عمل میں تین ہفتے لگ سکتے ہیں۔

### آپ کے اکاؤنٹ میں تبدیلیاں

اگر آپ کے بینک اکاؤنٹ کی معلومات (اکاؤنٹ نمبر، مالیاتی ادارے، وغیرہ کی تبدیلی) میں کسی قسم کی تبدیلیاں کی جاتی ہیں تو آپ اس کی اطلاع NYSIF کو دینے کے ذمہ دار ہیں۔ NYSIF کو اطلاع دینے کے لیے، nysif.com پر دستیاب، براہ راست ڈپازٹ کی نئی درخواست جمع کروائیں۔

اگر آپ اکاؤنٹس یا مالیاتی اداروں کو تبدیل کرتے ہیں، تو آپ کو اپنا پہلا اکاؤنٹ تب تک برقرار رکھنا ہو گا جب تک کہ نئے اکاؤنٹ میں اگلی براہ راست ڈپازٹ کی ادائیگی نہ موصول ہو جائے۔ اگر پرانا اکاؤنٹ برقرار نہیں رکھا جاتا، تو آپ کو تب تک ادائیگی میں تاخیر کا سامنا کرنا پڑ سکتا ہے جب تک کہ آپ کے نئے براہ راست ڈپازٹ کی مجاز کاری مؤثر نہیں ہو جاتی۔

### وقتاً فوقتاً تصدیق کاری

NYSIF آپ کے براہ راست ڈپازٹ اکاؤنٹ سے متعلق معلومات کی توثیق کرنے کے لیے وقتاً فوقتاً آپ سے رابطہ کر سکتا ہے۔ اگر وصول کنندہ اب زندہ نہیں ہے، تو NYSIF کو فوری اطلاع کریں۔

فوائد کے براہ راست ڈپازٹ حاصل کرنے کے لیے، اس فارم کو پوری طرح سے مکمل کریں اور ذیل میں دیئے پتے پر واپس بھیجیں۔ براہ راست ڈپازٹ سے متعلق اپنے حقوق پر مزید معلومات کے لیے، [nysif.com/directdeposit](http://nysif.com/directdeposit) ملاحظہ کریں۔ براہ راست ڈپازٹ میں اندراج کروانے کے لیے تمام خانوں کو لازمی پُر کریں۔

نام (پہلا، درمیانی، آخری):		NYSIF کارکنان کے معاوضے کے دعوے کا نمبر	
گھر کا پتہ (PO BOX استعمال نہ کریں)			
شہر:	ریاست:	زپ کوڈ:	
ای میل ایڈریس:	فون:		
تمام معلومات، بشمول اپنا اکاؤنٹ نمبر اور بینک روٹنگ نمبر درج کریں۔ اگر اس سیکشن کو مکمل کرنے میں معاونت درکار ہو، تو اپنے مالیاتی ادارے سے رابطہ کریں۔ <b>اختیاری:</b> اگر آپ اپنی ادائیگیاں دو بینک اکاؤنٹس کے درمیان تقسیم کرنا چاہتے ہیں، تو بینک سے متعلق دونوں خانے مکمل کریں۔ تقسیم کی کل فیصد لازمی 100% (مثال کے طور پر، اکاؤنٹ #1 میں 75% اور اکاؤنٹ #2 میں 25%) ہونی چاہیے۔ اگر کسی مرحلے میں آپ کا بینک اکاؤنٹ غیر فعال ہو جاتا ہے، تو واجب الادا ادائیگی کی رقم کاغذی چیک کے ذریعے ادا کی جائے گی۔			
براہ راست ڈپازٹ اکاؤنٹ #1 (یا تو چیکنگ یا سیونگز منتخب کریں):		[چیکنگ ]	سیونگز
مالیاتی ادارے کا نام:		تقسیم چیک کا %	
روٹنگ#	اکاؤنٹ#		
براہ راست ڈپازٹ اکاؤنٹ #2 (یا تو چیکنگ یا سیونگز منتخب کریں):			
مالیاتی ادارے کا نام:		تقسیم چیک کا %	
روٹنگ#	اکاؤنٹ#		
<b>ڈپازٹ کنندہ/وصول کنندہ کی مستند کاری و مجاز کاری</b>			
اس فارم پر دستخط کرتے ہوئے، میں مختص اکاؤنٹ (اکاؤنٹس) میں ڈپازٹ کے لیے مذکورہ بالا نامزد کردہ مالیاتی ادارے (اداروں) میں براہ راست ادائیگیاں کرنے کی NYSIF کو اجازت دیتا ہوں۔ میں تصدیق کرتا ہوں کہ میں بنیادی معاوضے کی ادائیگیاں یا تصفیہ کی رقم وصول کرنے کا حقدار ہوں، اور مجھے NYSIF کی جانب سے فوائد کا استحقاق دینے والے حالات تبدیل نہیں ہوئے۔ کسی بھی ایسی صورت کہ جس میں ادائیگیاں موصول کرنے کے استحقاق کو متاثر کرنے والے حالات بدل گئے ہوں، تو میں NYSIF کو لازمی آگاہ کروں گا۔ میں سمجھتا ہوں کہ براہ راست ڈپازٹ کے لیے درخواست دینے کے لیے، مجھے ای میل ایڈریس لازمی فراہم کرنا ہو گا۔ اس درخواست کو جمع کروانے کے ذریعے، میں فراہم کردہ ای میل ایڈریس پر، الیکٹرانک نوٹیفیکیشن موصول کرنے کی رضامندی دیتا ہوں۔			
دستخط:		تاریخ:	

مکمل کردہ درخواست ارسال کریں بنام:

NYSIF  
PO Box 66699  
Albany, NY 12206