NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. | Workers' Compensation Board



# آپ کام پر زخمی ہو گئے تھے۔ تو اب کیا؟

اگر آپ کو جائے کار پر چوٹ یا بیماری کا سامنا ہوا، تو ممکن ہے کہ آپ ورکرز کمپنسیشن کی مراعات کے اہل قرار پائیں۔ ممکن ہے کہ آپ پہلے ہی طبی علاج موصول کر چکے ہوں۔ اگر آپ کو نہیں ملا، تو آپ کو جلد از جلد طبی نگہداشت حاصل کرنی چاہیئے۔

اپنے کلیم کے معاملے میں مدد کے لیے، ورکرز کمپنسیشن بورڈ (بورڈ) کو **632-4996 (877)** پر کال کریں۔

## آپ کی ذمہ داریاں

- اپنے آجر کو تحریری طور پر اطلاع دیں، یہ تفصیل بتائیں کہ کب، کہاں اور کیسے آپ کو چوٹ یا بیماری لاحق ہوئی۔ چوٹ یا بیماری لاحق ہونے کے 30 دن کے اندر اندر جلد از جلد ایسا کریں۔ اس بارے میں ٹیکسٹ پیغام نہ بھیجیں، بلکہ ایک خط، ای میل یا دیگر کوئی ایسی دستاویز بھیجیں جسے محفوظ یا پرنٹ کیا جا سکے۔
- اپنے نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندگان کو بتائیں کہ آپ کو کام سے متعلقہ چوٹ یا بیماری لاحق ہوئی ہے اور اپنے آجر کے ورکرز کمپنسیشن کے انشورنس کار کا نام بتائیں۔ اگر آپ کو اپنے آجر کے انشورنس کار کا نام معلوم نہ ہو، تو یا تو اپنے آجر سے پوچھیں یا بورڈ سے فوری طور پر رابطہ کریں۔ آپ کا نگہداشتِ صحت کا فراہم کنندہ بورڈ کے پاس اور آپ کے آجر یا اس کے انشورنس کار کے پاس طبی رپورٹس جمع کروائے گا۔ آپ مراعات تک رسائی پا سکیں، اس کے لیے بورڈ کے پاس ایک طبی رپورٹ دائر کرنا ہو گی۔
- بورڈ کو اپنی چوٹ یا بیماری کی اطلاع دینے والا ایک ***امپلائی کلیم (فارم C-3)*** جلد از جلد دائر کریں۔ آپ پر لازم ہے کہ بورڈ کو اپنی چوٹ یا بیماری کے بارے میں دو سال کے اندر اندر مطلع کریں۔ اگر آپ کے جسم کے اسی حصے پر پہلے بھی چوٹ آئی ہو، یا یہی بیماری پہلے بھی لاحق ہوئی ہو، تو آپ لازمی طور پر ***معلوماتِ صحت کا محدود اجراء (فارم C-3.3)*** *بھی دائر کریں۔*

**شہریت اور امیگریشن کے اسٹیس کا ورکرز کمپنسیشن میں کوئی کردار نہیں۔**

## کلیم کیسے دائر کریں

**تیز ترین طریقہ: wcb.ny.gov وزٹ کر کے "ایک کلیم دائر کریں" منتخب کریں۔**

***فارم C-3*** پُر کرنے سے متعلق سوالات کے لیے، یا فارم کی ایک نقل موصول کرنے کے لیے براہ کرم **632-4996 (877)** پر کال کریں۔ بورڈ کا کوئی نمائندہ آپ کی مدد کرے گا۔

## طبی و سفری اخراجات

**آپ کی کام سے متعلقہ چوٹ یا بیماری کے علاج کے لیے طبی نگہداشت ایک ورکرز کمپنسیشن کی مراعت ہے جو کہ آپ کو بلامعاوضہ فراہم کی جاتی ہے۔** آپ کی چوٹ یا بیماری کی مد میں طبی بلز آپ کے آجر کے ورکرز کمپنسیشن کے انشورنس کار کی جانب سے براہ راست آپ کے نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندہ کو ادا کیے جاتے ہیں۔ اگر آپ کے کیس پر انشورنس کار کی جانب سے اعتراض اٹھایا جائے، تو نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندہ کو اس صورت ادائیگی کی جائے گی کہ اگر بورڈ کیس کا فیصلہ آپ کے حق میں دے۔ تاہم، اگر بورڈ آپ کے خلاف فیصلہ دے، یا اگر آپ کیس کی پیروی نہ کریں، تو آپ کو نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندہ یا ہسپتال کو ادائیگی کرنا ہو گی (یا بل (بلز) اپنے صحت کے انشورنس کار کو جمع کروانا ہوں گے)۔

آپ کے آجر کی ورکرز کمپنسیشن انشورنس آپ کے نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندہ کے تجویز کردہ طبی طور پر ضروری ادویات اور سامان کا احاطہ کرتی ہے۔ ممکن ہے کہ میلوں میں مسافت، استعمال کردہ عوامی آمدورفت یا علاج کے لیے سفر کے دوران دیگر برداشت کردہ ضروری اخراجات کی بازتلافی بھی کی جائے۔ وہ اخراجات (بشمول کوئی رسیدیں جو آپ کے پاس ہوں) اپنے آجر کے کمپنسیشن کے انشورنس کار کو اور بورڈ کو ***مدعی کا ریکارڈ برائے طبی و سفری اخراجات، نیز درخواست برائے بازتلافی (فارم C-257)*** *پر جمع کروائیں۔*

بالعموم، آپ بورڈ کی جانب سے مجاز کسی بھی نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندہ کو منتخب کر سکتے ہیں۔ آپ **wcb.ny.gov** پر "نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندہ کی تلاش" کی خصوصیت استعمال کر کے اپنے علاقے میں نگہداشتِ صحت کے ایک مجاز فراہم کنندہ کو تلاش کر سکتے ہیں۔ آپ پیشہ ورانہ ہیلتھ کلینکس بھی استعمال کر سکتے ہیں۔ تاہم، اگر ورکرز کمپنسیشن کی چوٹوں کی نگہداشت کی فراہمی کے لیے آپ کے آجر کے کمپنسیشن کے انشورنس کار کی کوئی ترجیحی فراہم کنندہ تنظیم (PPO) ہے، تو آپ لازمی طور پر اپنا پہلا علاج PPO نیٹ ورک سے کروائیں۔ اگر اس انشورنس کار کے پاس کوئی فارمیسی یا تشخیصی نیٹ ورک ہوا، تو آپ لازمی ان نیٹ ورکس کے اندر ہی سروسز موصول کریں۔ انشورنس کار لازماً آپ کو اپنے مطلوبہ فراہم کنندہ نیٹ ورکس اور ان کے استعمال کے طریقے کے بارے میں بتائے۔ تاہم، ایمرجنسی کی صورت میں آپ کسی بھی فراہم کنندہ کو دکھا سکتے ہیں۔

## ضائع شدہ اجرتوں کے لیے مراعات

آپ اس صورت اپنی ضائع شدہ اجرتوں کے ایک حصے کے حقدار ہوں گے، جس کی فی الفور ادائیگی لازم ہے، کہ اگر آپ کی چوٹ یا بیماری آپ کو درج ذیل میں سے ایک یا زائد طریقے سے متاثر کرے:

1. اس کی وجہ سے آپ سات سے زائد کیلنڈر ایام کے لیے کام نہ کر سکیں؛
2. آپ کے جسم کا ایک حصہ مستقل معذور ہو جائے؛ اور/یا
3. آپ کی تنخواہ کم ہو جائے کیونکہ اب آپ کم گھنٹے کام کر رہے ہوں یا کوئی اور کام کر رہے ہوں۔

آپ کی چوٹ یا بیماری ٹھیک ہو جانے کے بعد اور مزید طبی بہتری کی توقع نہ ہونے کے بعد (حادثے/بیماری یا، سرجری ہونے کی صورت میں سرجری کی تاریخ کے بالعموم ایک سال بعد)، آپ اپنے ڈاکٹر سے یہ جائزہ لینے کا کہہ سکتے ہیں کہ آیا آپ کے حادثے/بیماری کا نتیجہ کسی مستقل چوٹ/عارضے کی صورت میں نکلا ہے۔ اس مراعات کے بارے میں مزید معلوم کرنے کے لیے، براہ کرم **wcb.ny.gov** وزٹ کریں، "کارکنان" کے سیکشن پر کلک کریں، پھر "معذوری کی درجہ بندیاں" منتخب کریں۔

اپنے کلیم کے معاملے میں مدد کے لیے آپ کسی وکیل یا لائسنس یافتہ نمائندے کا تقرر بھی کر سکتے ہیں مگر یہ لازمی تقاضا نہیں۔ آپ یا آپ کے گھرانے کو اپنے وکیل یا لائسنس یافتہ نمائندے کو براہ راست ادائیگی نہیں کرنی چاہیئے۔ ان کی فیسیں بورڈ کی جانب سے منظور کی جاتی ہیں اور آپ کی ضائع شدہ اجرت کے ریوارڈ سے کاٹ لی جاتی ہیں۔

اگر آپ کے کیس پر اعتراض اٹھایا جائے، تو آپ بورڈ کی جانب سے کیس کا جائزہ باقی ہونے کے دوران معذوری کی مراعات موصول کر سکتے ہیں۔ ***نوٹس اور ثبوت از کلیم برائے معذوری کی مراعات (فارم DB-450)*** *حاصل کرنے کے لیے،* **wcb.ny.gov** وزٹ کریں؛ معاونت کے لیے بورڈ کو کال کریں؛ یا بورڈ آفس وزٹ کریں۔ اگر کیس کا فیصلہ آپ کے حق میں ہو جاتا ہے، تو معذوری کی مراعات آپ کی ضائع شدہ اجرتوں کے ریوارڈ سے کاٹ لی جائیں گی۔

## آگے کیا ہے؟

ورکرز کمپنسیشن انشورنس کار آپ سے رابطہ کرے گا۔ اگر آپ کا کلیم قبول کر لیا گیا، تو آپ کے نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندگان کو ادائیگی کر دی جائے گی، اور ضائع شدہ اجرت کی مراعات کا آغاز ہو جائے گا۔ اگر آپ کے کیس میں کوئی سماعت درکار ہوئی، تو بورڈ آپ سے رابطہ کرے گا۔ سماعت کے عمل کو مزید آسان بنانے کے لیے آن لائن وسائل بھی دستیاب ہیں:

- **ای کیس:** آپ بورڈ کے ای کیس سسٹم کے ساتھ آن لائن کیس سے متعلقہ دستاویزات اپ لوڈ کر سکتے اور دیکھ سکتے ہیں، جسے زخمی کارکنان کے لیے کلیمز زیرِ عمل لانے کے لیے استعمال کیا جاتا ہے۔ لازم ہے کہ آپ ای کیس کے لیے **wcb.ny.gov** پر رجسٹر کریں۔
- **ورچوئل سماعتیں:** ورچوئل سماعتیں بروئے کار لا کر آپ کے پاس اختیار موجود ہے کہ آپ بورڈ آفس جائے بغیر سماعتوں میں شریک ہوں۔ ورچوئل سماعتوں اور بورڈ کی مفت ایپ کے بارے میں **wcb.ny.gov/virtual-hearings** پر مزید جانیں۔

## مدد دستیاب ہے

بعض اوقات آپ کو کام پر واپس آنے میں مدد کی ضرورت ہوتی ہے۔ ممکنہ طور پر آپ کے آجر کے پاس ایسے ہلکے پھلکے کام ہو سکتے ہیں جو آپ کو صحتیاب ہونے کے دوران کام کرنے کے قابل بنائیں۔ چوٹ یا بیماری سے خاندانی یا مالی مسائل بھی لاحق ہو سکتے ہیں۔ بورڈ کے پاس مدد کے لیے ووکیشنل کاؤنسلرز اور سماجی کارکنان موجود ہیں۔ دستیاب سروسز کے بارے میں مزید معلومات اور معاونت کے لیے بورڈ کو کال کریں۔

اگر آپ اوپیئڈ درد کی ادویات کی عادت پڑ جانے کے بارے میں پریشان ہیں، تو براہ کرم NYS OASAS HOPELine پر **877-8-HOPENY (877-846-7369)** کو کال کریں۔

| اہم رابطے کی معلومات | | |
|---|---|---|
| **ورکرز کمپنسیشن بورڈ** | **(877) 632-4996** | **claims@web.ny.gov** |
| | | **Wcb.ny.gov** |

NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. | Workers' Compensation Board

**New York State Workers' Compensation Board**
**P0 B0X 5205**
**Binghamton, NY 13902-5205**

# C-3

# ملازم کا کلیم

**استیٹ آف نیو یارک - ورکرز کمپنسیشن بورڈ**

NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. Workers' Compensation Board

کام پر چوٹ یا کام سے متعلقہ چوٹ کی وجہ سے ورکرز کمپنسیشن کی مراعات کی درخواست دینے کے لیے یہ فارم پُر کریں۔ صفائی کے ساتھ ٹائپ یا پرنٹ کریں۔ یہ فارم آن لائن www.wcb.ny.gov پر بھی پُر کیا جا سکتا ہے۔

**WCB کیس نمبر (اگر آپ کو معلوم ہو):** ____________________

## A. آپ کی معلومات (ملازم)

1. نام: ____________________ پہلا / درمیانی نام کے ابتدائی حروف / آخری
2. تاریخِ پیدائش: ______/______/______

3. ڈاک کا پتہ: ____________________ نمبر اور گلی/PO باکس/اپارٹمنٹ نمبر / شہر / ریاست / زپ کوڈ

4. سوشل سیکیورٹی نمبر: ______ 5. فون نمبر: (______)______ 6. صنف: ☐مرد ☐عورت ☐مخنث

7. اگر آپ کو بورڈ میٹنگ میں شرکت کرنا پڑی تو کیا آپ کو مترجم کی ضرورت ہو گی؟ ☐ہاں ☐نہیں، ہاں کی صورت میں کس زبان کے لیے؟ ______

## B. آپ کے آجر (آجرین)

1. چوٹ پہنچنے کے وقت آجر: ______ 2. فون نمبر: (____)______

3. آپ کی جائے کار کا پتہ: ______ نمبر اور گلی / شہر / ریاست / زپ کوڈ

4. آپ کی تقرری کی تاریخ: ______/______/______ 5. آپ کے سُپروائزر کا نام: ______

6. اپنی چوٹ/بیماری کے وقت کے دیگر کسی آجر (آجرین) کے نام/پتے درج کریں: ______

7. کیا اپنی چوٹ/بیماری کے نتیجے میں آپ کا کسی دوسری ملازمت (ملازمتوں) کا وقت کم ہو گیا؟ ☐ہاں ☐نہیں

## C. چوٹ یا بیماری کی تاریخ کو آپ کی ملازمت

1. آپ کا ملازمتی عہدہ یا تفصیل کیا تھی؟ ______

2. آپ نے کام پر عام طور پر کس قسم کی سرگرمیاں انجام دیں؟ ______

3. کیا آپ کی ملازمت تھی؟ (ایک پر نشان لگائیں) ☐کُل وقتی ☐جُز وقتی ☐مخصوص مدتی ☐رضاکارانہ ☐دیگر: ______

4. فی مدتِ تنخواہ آپ کی کل تنخواہ (ٹیکسز سمیت) کیا تھی؟ ______ 5. آپ کو کتنی مرتبہ ادائیگی کی جاتی تھی؟ ______

6. کیا اپنی تنخواہ کے علاوہ آپ کو لاجنگ یا ٹپس بھی ملیں؟ ☐ہاں ☐نہیں ہاں کی صورت میں، 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 لاحق ہوئی؟ (مثلاً 1 مرکزی شاہراہ، فلاں جگہ، مرکزی دروازہ) ______

4. کیا یہ آپ کی کام کی عام جگہ تھی؟ ☐ہاں ☐نہیں نہیں کی صورت میں، آپ اس جگہ پر کیوں تھے؟ ______

5. چوٹ پہنچنے یا بیمار ہونے کے وقت آپ کیا کر رہے تھے؟ (مثلاً ٹرک سے سامان اتارنا، رپورٹ ٹائپ کرنا) ______

6. چوٹ/بیماری کیسے واقع ہوئی؟ (مثلاً میرا پائپ سے پیر الجھا اور میں فرش پر گر گیا) ______

7. چوٹ/بیماری کی نوعیت مکمل بیان کریں؛ متاثرہ جسمانی حصے درج کریں (مثلاً بائیں کہنی مڑ جانا اور ماتھے پر کٹ لگ جانا): ______



C-3. 0 6-22

چوٹ/بیماری کی تاریخ: ______/______/______

آپ کا نام: ____________________
پہلا درمیانی نام کے ابتدائی حروف آخری

## D. آپ کی چوٹ یا بیماری جاری شدہ

8. کیا چوٹ/بیماری میں کسی چیز (مثلاً فورک لفٹ، ہتھوڑا، تیزاب) کا عمل دخل تھا؟ ☐ہاں ☐نہیں ہاں کی صورت میں، کیا؟ ____________________

9. کیا چوٹ لائسنس یافتہ موٹر گاڑی کے استعمال یا عمل کاری کے نتیجے میں پہنچی؟ ☐ہاں ☐نہیں
ہاں کی صورت میں، ☐ آپ کی گاڑی ☐ آجر کی گاڑی ☐دیگر گاڑی ☐لائسنس پلیٹ نمبر (اگر معلوم ہو): ____________
اگر آپ کی گاڑی کا عمل دخل تھا، تو اپنی موٹر گاڑی کے انشورنس کیریئر کا نام اور پتہ دیں: ____________________
____________________

10. کیا آپ نے اپنے آجر (یا سُپروائزر) کو چوٹ/بیماری کا نوٹس دیا ہے؟ ☐ہاں ☐نہیں
ہاں کی صورت میں، نوٹس دیا گیا بنام: ____________ ☐زبانی ☐تحریری طور پر نوٹس دینے کی تاریخ: ______/______/______

11. کیا کسی نے آپ کو چوٹ لگتے دیکھی؟ ☐ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں ہاں کی صورت میں، نام درج کریں: ____________________
____________________

## E. کام پر واپسی

1 کیا آپ نے اپنی چوٹ/بیماری کی وجہ سے کام روک دیا؟ ☐ہاں، کس تاریخ کو؟ ______/______/______ ☐نہیں، تو سیکشن F پر جائیں۔

2. کیا آپ کام پر واپس آئے؟ ☐ہاں ☐نہیں ☐ہاں کی صورت میں، کس تاریخ کو؟ ______/______/______ ☐باقاعدہ ڈیوٹی ☐محدود ڈیوٹی

3. اگر آپ کام پر واپس آئے، تو اب آپ کس کے لیے کام کر رہے ہیں؟ ☐اسی آجر کے لیے ☐نئے آجر کے لیے ☐آزاد پیشہ

4. فی مدتِ ادائیگی آپ کی کل آمدن (ٹیکسز سمیت) کیا ہے؟ ____________ آپ کو کتنی مرتبہ ادائیگی کی جاتی ہے؟ ____________

## F. اس چوٹ یا بیماری کے لیے طبی علاج

1. آپ کے پہلے علاج کی تاریخ کیا تھی؟ ______/______/______ ☐کوئی علاج نہیں ہوا (سوال F-5 پر جائیں)

2. کیا آپ کا سائٹ پر علاج ہوا تھا؟ ☐ہاں ☐نہیں

3. اپنی چوٹ/بیماری کے لیے اپنا پہلا آف سائٹ طبی علاج آپ نے کہاں کروایا؟ ☐کوئی نہیں کروایا ☐ایمرجنسی روم ☐ڈاکٹر کا دفتر
☐کلینک/ہسپتال/فوری نگہداشت ☐24 گھنٹے سے زائد کا ہسپتال داخلہ
اس جگہ کا نام اور پتہ جہاں آپ کا پہلا علاج ہوا: ____________________
____________________ فون نمبر: (______) ____________

4. کیا اس چوٹ/بیماری کے لیے آپ کا علاج اب بھی چل رہا ہے؟ ☐ہاں ☐نہیں
اس ڈاکٹر (ان ڈاکٹروں) کے نام اور پتے فراہم کریں جو آپ کی چوٹ/بیماری کا علاج کر رہے ہیں: ____________________
____________________ فون نمبر: (______) ____________

5. کیا جسم کے اسی حصے پر آپ کو اور بھی کوئی چوٹ پہنچی تھی، یا یہی بیماری پہلے بھی ہوئی تھی؟ ☐ہاں ☐نہیں
ہاں کی صورت میں، کیا آپ کا علاج ڈاکٹر نے کیا تھا؟ ☐ہاں ☐نہیں ہاں کی صورت میں، اس ڈاکٹر (ان ڈاکٹرز) کے نام اور پتے فراہم کریں جنہوں نے آپ کا علاج کیا اور **اس فارم کے ساتھ ہی فارم C-3.3 مکمل کر کے دائر کریں:**
____________________
____________________
____________________

6. کیا گزشتہ چوٹ/بیماری کا تعلق بھی کام سے تھا؟ ☐ہاں ☐نہیں
ہاں کی صورت میں، کیا آپ اسی آجر کے لیے کام کر رہے تھے جس کے لیے اب کر رہے ہیں؟ ☐ہاں ☐نہیں

---

**میں یہاں ورکرز کمپنسیشن کے قانون کے تحت مراعات کا کلیم کر رہا ہوں۔ میرے دستخط تصدیق کرتے ہیں کہ میری فراہم کردہ معلومات میرے علم اور یقین کے مطابق سچی اور درست ہیں۔**

**کوئی بھی فرد جو جان بوجھ کر یا دھوکہ دہی کی نیت سے کسی بھی غلط معلومات پر مشتمل اہم بیان پیش کرتا ہے، پیش کرنے کا سبب بنتا ہے، یا اس علم یا یقین کے ساتھ بناتا ہے کہ اسے کسی انشورنس کار، یا ذاتی انشورنس کار کو یا اس کی جانب سے پیش کیا جائے گا یا کسی اہم حقیقت کو چھپاتا ہے، تو وہ جرم کا مرتکب قرار پائے گا اور اسے بھاری جرمانوں اور قید کا سامنا کرنا پڑے گا۔**

ملازم کے دستخط: ____________ نام پرنٹ کریں: ____________ تاریخ: ______/______/______

ملازم کی ایماء پر: ____________ نام پرنٹ کریں: ____________ تاریخ: ______/______/______

***کوئی فرد صرف اس صورت میں ہی ملازم کی جانب سے دستخط کر سکتا ہے کہ اگر وہ قانونی طور پر ایسا کرنے کا مجاز ہو اور ملازم کم عمر ہو، ذہنی طور پر تندرست نہ ہو یا استعداد کا حامل نہ ہو۔***

میں، حالات و واقعات کے تحت معقول تفتیش کے بعد قائم کردہ، اپنے بہترین علم، معلومات اور یقین کے تحت تصدیق کرتا ہوں، کہ اوپر بیان کردہ الزامات اور دیگر حقیقی معاملات کی تائید میں ثبوت موجود ہیں یا مزید تحقیقات یا جانکاری کے لیے معقول موقع کے بعد تائیدی ثبوت ملنے کا امکان ہے۔

وکیل/نمائندے کے دستخط (اگر کوئی ہو تو): ____________ تاریخ: ______/______/______

نام پرنٹ کریں: ____________ ٹائٹل: ____________

ID نمبر، اگر کوئی ہے تو: **R**____________ اگر لائسنس یافتہ نمائندہ ہو تو، لائسنس نمبر: ____________ زائد المیعادی کی تاریخ: ______/______/______

## ملازم کا فارم (فارم C-3) مکمل کرنے کی ہدایات

براہ کرم یہ فارم مکمل کریں اور اسے اِن ہدایات کے اختتام پر دیے گئے ورکرز کمپنسیشن بورڈ کے مرکزی ڈاک کے پتے پر بھیج دیں۔ اگر اِس فارم کو مکمل کرنے میں آپ کو اضافی مدد درکار ہو تو، ورکرز کمپنسیشن بورڈ سے **1-877-632-4996** پر رابطہ کریں۔ آپ آن لائن **wcb.ny.gov** پر بھی اس فارم کو پُر کر سکتے ہیں۔ اگر آپ کے پاس اپنا ورکرز کمپنسیشن بورڈ کیس نمبر نہ ہو یا آپ کو معلوم نہ ہو، تو براہ کرم اس فیلڈ کو خالی چھوڑ دیں۔ آپ کے کلیم کو زیرِ عمل لانے کے لیے یہ درکار نہیں۔ اپنا نام اور چوٹ/بیماری کی تاریخ صفحہ دو کے بالائی حصے پر یاد سے درج کریں۔

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

**نیو یارک کے ذاتی رازداری کی حفاظت کے قانون کی رُو سے اطلاع**
**(سرکاری افسران کا قانون آرٹیکل 6-A) اور وفاقی رازداری کا ایکٹ 1974 (5 U.S.C. § 552a)۔**

ورکرز کمپنسیشن بورڈ کا (بورڈ کا) یہ درخواست کرنے کا اختیار کہ مدعیان ذاتی معلومات، بشمول اپنے سوشل سیکیورٹی نمبر فراہم کریں، بورڈ کی تفتیشی اتھارٹی از تحت ورکرز کمپنسیشن قانون (WCL) 20 §، اور WCL § 142 کے تحت اس کی انتظامی اتھارٹی سے ماخوذ ہے۔ یہ معلومات بورڈ کو کلیمز کی ممکنہ طور پر تیز ترین انداز میں تفتیش و تنظیم کاری میں معاونت دینے اور اسے درست کلیم ریکارڈز قائم رکھنے میں مدد دینے کی خاطر اکٹھی کی گئی ہیں۔ بورڈ کو اپنا سوشل سیکیورٹی نمبر فراہم کرنا رضاکارانہ ہے۔ اس فارم پر اپنا سوشل سیکیورٹی نمبر فراہم کرنے میں ناکامی کی کوئی سزا نہیں ہے؛ اس سے نہ تو آپ کا کلیم مسترد ہو گا نہ ہی مراعات میں کمی آئے گی۔ بورڈ اپنی ملکیت میں موجود تمام ذاتی معلومات کی رازداری کی حفاظت کرے گا، اور انہیں صرف قابلِ اطلاق ریاستی و وفاقی قانون کے مطابق اپنے دفتری فرائض کی پیشرفت کی خاطر افشاء کرے گا۔

**سیکشن B - آپ کا آجر (کے آجرین):**
سیکشن B میں، اس آجر کا نام، پتہ، فون نمبر اور دیگر معلومات درج کریں جن کے لیے آپ چوٹ/بیماری کے وقت کام کر رہے تھے۔
**نوٹ:** آپ کا آجر وہ کمپنی یا ایجنسی ہے جو آپ کو تنخواہ کا چیک جاری کرے۔ اگر آپ کسی ورک سائٹ یا دفتر پر ٹھیکیدار ہیں، تو آپ کا تقرر کرنے والی عملہ کار ایجنسی یا وینڈر آپ کا آجر ہے، وہ ورک سائٹ یا دفتر نہیں جس کے لیے آپ کام کرتے ہیں۔

**سیکشن C - چوٹ یا بیماری کی تاریخ پر آپ کی ملازمت:**
سیکشن C میں، اپنا ملازمتی عہدہ، کام کی سرگرمیاں اور تنخواہ کی معلومات درج کریں۔

**سیکشن D - آپ کی چوٹ یا بیماری:**
سیکشن D میں، اپنی چوٹ یا بیماری کی معلومات درج کریں۔
**آئٹم 1:** وہ تاریخ درج کریں جب آپ زخمی ہوئے یا وہ پہلی تاریخ درج کریں جب آپ بیمار ہوئے۔
اگر یہ ایک بیماری یا آکوپیشنل مرض ہے، تو آئٹم 2 چھوڑ دیں۔ جس تاریخ کو آپ زخمی ہوئے وہ لازماً مہینہ/دن/سال کے فارمیٹ میں ہو۔ سال کو چار ہندسوں میں لکھنا چاہیئے، مثلاً 2015۔
**آئٹم 2:** وہ وقت درج کریں جب چوٹ پہنچی۔ چیک کریں کہ آیا یہ صبح کا وقت تھا یا شام کا وقت۔
**آئٹم 3:** اس جگہ کی نشاندہی کریں جہاں چوٹ/بیماری لاحق ہوئی، بشمول عمارت کا پتہ اور عمارت کا وہ عملی مقام جہاں چوٹ/بیماری لاحق ہوئی۔
**آئٹم 4:** چیک کریں کہ آیا یہ آپ کی کام کی عام جگہ ہی تھی۔ اگر یہ نہیں تھی، تو بتائیں کہ آپ اس مقام پر کیوں تھے۔
**آئٹم 5:** تفصیل سے بتائیں کہ اپنی چوٹ/بیماری کے وقت آپ کیا کر رہے تھے (مثلاً ہاتھ سے ٹرک سے ڈبے اتارنا)۔ اس سے چوٹ کا سبب بننے والے واقعات کا اندازہ ہوتا ہے۔
**آئٹم 6:** تفصیل سے بتائیں کہ چوٹ/بیماری کیسے وقوع پذیر ہوئی (مثلاً میں ٹرک سے ایک بھاری ڈبہ اٹھا رہا تھا)۔ اس میں چوٹ/بیماری میں کارفرماء تمام لوگ اور واقعات شامل ہونے چاہیئیں۔
**آئٹم 7:** اپنی چوٹ/بیماری کی مکمل نوعیت اور حد، بشمول تمام زخمی جسمانی حصوں کی نشاندہی کریں۔ حتی الامکان اختصار سے کام لیں (مثلاً بھاری ڈبہ اٹھانے کے چکر میں مَیں نے اپنی کمر کو جھکایا۔ اب جھکنے اور ہلکی چیز اٹھانے میں بھی تکلیف ہوتی ہے)۔
**آئٹم 8:** نشاندہی کریں کہ کیا حادثے میں لائسنس یافتہ موٹر گاڑی کے علاوہ بھی کوئی چیز شامل تھی۔ دیگر چیزوں میں کوئی ٹول (مثلاً ہتھوڑا)، کوئی کیمیکل (مثلاً تیزاب)، مشینری (مثلاً فورک لفٹ یا ڈرل پریس) وغیرہ شامل ہو سکتا ہے۔
**آئٹم 9:** نشاندہی کریں کہ کیا حادثے میں لائسنس یافتہ موٹر گاڑی شامل تھی۔ اگر ایسا تھا تو، چیک کریں کہ کیا کارفرماء موٹر گاڑی آپ کی، آپ کے آجر کی، یا ثالث فریق کی تھی۔ لائسنس پلیٹ نمبر شامل کریں (اگر معلوم ہو)۔ اگر آپ کی گاڑی شامل تھی تو اپنے آٹو موبائل لائبیلیٹی انشورنس سینٹر کا نام اور پتہ شامل کریں۔
**آئٹم 10:** چیک کریں کہ کیا آپ نے اپنے آجر یا سُپروائزر کو اپنی چوٹ یا بیماری کا نوٹس دیا ہے۔ اگر ایسا ہے تو، نشاندہی کریں کہ آپ نے نوٹس کیسے دیا ہے، نیز یہ کہ کیا یہ زبانی تھا یا تحریری۔ جس تاریخ کو آپ نے نوٹس دیا وہ شامل کریں۔
**آئٹم 11:** چیک کریں کہ کیا کسی نے چوٹ لگتے دیکھی۔ اگر کسی نے دیکھا ہے، تو ان کا (کے) نام شامل کریں۔

**سیکشن E - کام پر واپسی:**
**آئٹم 1:** اگر آپ نے کام سے متعلقہ اپنی چوٹ/بیماری کے نتیجے میں کام کرنا چھوڑ دیا ہے، تو ہاں پر نشان لگائیں اور جس تاریخ کو آپ نے کام کرنا روک دیا اس کی نشاندہی کریں۔ اگر آپ نے کام کرنا نہیں روکا، تو نہیں پر نشان لگائیں اور اگلے سیکشن پر چلے جائیں۔
**آئٹم 2:** اگر آپ تب سے کام پر واپس نہیں آئے، تو ہاں پر نشان لگائیں۔ یہ نشاندہی بھی کریں کہ کس تاریخ کو آپ نے دوبارہ کام شروع کیا، نیز یہ کہ کیا آپ اپنے عام فرائض پر واپس آئے ہیں یا کیا آپ محدود یا پابند ڈیوٹی پر ہیں۔ (اگر آپ چوٹ سے قبل یا بیماری کے کام کے فرائض پر واپس نہیں آئے، تو آپ محدود ڈیوٹی پر ہیں۔)
**آئٹم 3:** اگر آپ کام پر واپس آگئے ہیں، تو نشاندہی کریں کہ آپ ابھی کس کے لیے کام کر رہے ہیں۔
**آئٹم 4:** آپ ابھی جو ملازمت کر رہے ہیں اس کے ضمن میں فی مدتِ ادائیگی اپنی مجموعی تنخواہ (ٹیکس سمیت) درج کریں۔ نشاندہی کریں کہ آپ کس کثرت سے ادائیگی کا چیک حاصل کرتے ہیں (ہفتہ وار، دو ہفتہ وار، وغیرہ)۔

**سیکشن F - اس چوٹ یا بیماری کا طبی علاج:**

**آئٹم 1:** اگر اس چوٹ/بیماری کے لیے آپ نے طبی علاج نہیں کروایا، تو کوئی نہیں کروایا پر نشان لگائیں اور آئٹم 5 پر چلے جائیں۔ بصورتِ دیگر، اس چوٹ/بیماری کے لیے جب آپ نے پہلا علاج موصول کیا وہ تاریخ درج کریں اور اس سیکشن کا باقی کا حصہ مکمل کریں۔

**آئٹم 2:** نشان لگائیں کہ کیا اس چوٹ یا بیماری کے لیے ملازمت پر آپ کا پہلے علاج ہوا تھا۔

**آئٹم 3:** اس جگہ پر نشان لگائیں جہاں آپ نے اپنی چوٹ یا بیماری کے لیے پہلا آف سائٹ طبی علاج کروایا۔ سہولت مرکز کا نام اور پتہ نیز فون نمبر (بشمول ایریا کوڈ) شامل کریں۔

**آئٹم 4:** اگر آپ تاحال اسی چوٹ یا بیماری کے لیے مسلسل علاج کروا رہے ہوں، تو ہاں پر نشان لگائیں اور علاج فراہم کرنے والے ڈاکٹر (ڈاکٹرز) کے نام اور پتے نیز فون نمبر (ایریا کوڈ شامل کریں) کی نشاندہی کریں، بصورتِ دیگر نہیں پر نشان لگائیں۔

**آئٹم 5:** اگر آپ کو جسم کے اسی حصے پر پہلے بھی چوٹ لگی ہو یا یہی بیماری پہلے بھی ہوئی ہو، تو ہاں پر نشان لگائیں اور نشاندہی کریں کہ کیا آپ کا اس چوٹ یا بیماری کے لیے پہلے علاج ہوا تھا۔ اگر آپ کا کسی ڈاکٹر کی جانب سے علاج ہوا ہو، تو اس ڈاکٹر (ان ڈاکٹرز) کا (کے) نام اور پتہ (پتے) شامل کریں اور **اس فارم کے ساتھ فارم C-3.3 مکمل کر کے دائر کریں۔**

**آئٹم 6:** اگر آپ کو پہلے بھی چوٹ یا بیماری لاحق ہوئی ہو، تو چیک کریں کہ کیا آپ کی سابقہ چوٹ یا بیماری کام سے متعلق تھی۔ اگر ہاں، تو چیک کریں کہ کیا چوٹ یا بیماری آپ کے اپنے موجودہ آجر کے لیے کام کرنے کے دوران لاحق ہوئی تھی۔

صفحہ 2 پر ملازم کے دستخط کے لیے فراہم کردہ جگہ میں فارم C-3 پر دستخط کریں، اپنا نام پرنٹ کریں، اور جس تاریخ کو آپ نے فارم پر دستخط کیے وہ درج کریں۔ اگر کوئی ثالث فریق ملازم کی طرف سے دستخط کر رہا ہو، تو اس فرد کو دستخط کی دوسری لائن پر دستخط کرنے چاہیئیں۔ اگر آپ کی قانونی نمائندگی ہو، تو آپ کے نمائندے کو لازماً

صفحہ 2 کے نچلے حصے پر اٹارنی/نمائندے کی تصدیق کاری کے سیکشن کو مکمل کر کے اس میں دستخط کرنے چاہیئیں۔

**ملازمت پر چوٹ یا آکوپیشنل بیماری کی صورت میں ہر کارکن کو کیا کرنا چاہیئے:**

1. اپنے آجر کو فوری طور پر بتائیں کہ کب، کہاں اور کیسے آپ کو چوٹ پہنچی۔
2. فوری طور پر طبی نگہداشت حاصل کریں۔
3. اپنے ڈاکٹر کو بورڈ کے پاس اور آپ کے آجر یا اس کے انشورنس کیریئر کے پاس طبی رپورٹس دائر کرنے کا کہیں۔
4. بازادائیگی کا یہ کلیم کریں اور اسے نزدیکی ورکرز کمپنسیشن بورڈ آفس میں بھیجیں۔ (ذیل میں دیکھیں۔) چوٹ کی تاریخ کے دو سال کے اندر دائر کرنے میں ناکامی کے نتیجے میں آپ کا کلیم مسترد ہو سکتا ہے۔ اگر اس فارم کو مکمل کرنے میں آپ کو مدد کی ضرورت ہو، تو ذیل میں درج کردہ نزدیک ترین ورکرز کمپنسیشن بورڈ آفس کو ٹیلیفون کریں یا وہاں تشریف لے جائیں۔
5. جب آنے کی بابت اطلاع دی جائے تو تمام سماعتوں پر جائیں۔
6. کام کاج کے قابل ہوتے ہی واپس کام پر جائیں، معاوضہ آپ کی اجرت سے کبھی بھی زیادہ نہیں ہوتا۔

**آپ کے حقوق:**

1. بالعموم، آپ کو اپنی مرضی کے ڈاکٹر سے علاج کروانے کا حق حاصل ہے، بشرطیکہ وہ بورڈ کی جانب سے مجاز کردہ ہوں۔ اگر آپ کا آجر کسی ترجیحی فراہم کنندہ تنظیم (PPO) کے انتظام میں شامل ہو، تو لازم ہے کہ آپ اس ترجیحی فراہم کنندہ تنظیم کی طرف سے ابتدائی علاج حاصل کریں کہ جسے ورکرز کمپنسیشن کی چوٹوں سے نگہداشتِ صحت کی سروسز فراہم کرنے کے لیے مقرر کیا گیا ہو۔
2. اپنے ڈاکٹر یا ہسپتال کو ادائیگی نہ کریں۔ اگر آپ کے کیس پر اعتراض اٹھایا گیا ہو تو ان کے بلز انشورنس کیریئر کی جانب سے ادا نہیں کیے جائیں گے۔ اگر آپ کے کیس پر اعتراض اٹھایا جائے، تو ڈاکٹر یا اسپتال کو تب تک ادائیگی کے لیے انتظار کرنا چاہیئے جب تک کہ بورڈ آپ کے کیس پر فیصلہ نہ کر دے۔ اگر آپ اپنے کیس کی پیروی کرنے میں ناکام ہو جائیں یا بورڈ آپ کے خلاف فیصلہ دے، تو آپ کو ڈاکٹر یا ہسپتال کی ادائیگی کرنا ہو گی۔
3. آپ اپنے ڈاکٹر کی جانب سے باقاعدہ تجویز کردہ ادویات، کرچز یا کسی بھی آلے کی اور اپنے ڈاکٹر کے دفتر یا ہسپتال آنے جانے کے لیے کار کے کرایوں یا دیگر ضروری اخراجات کی بازادائیگی حاصل کرنے کے بھی حقدار ہیں۔ (ایسے اخراجات کی رسیدیں حاصل کریں۔)
4. آپ اس صورت معاوضے کے حقدار ہیں کہ اگر آپ اپنی چوٹ کی وجہ سے سات سے زائد دن کام نہ کر پائیں، کم اجرتوں پر کام پر مجبور ہو جائیں، یا اپنے جسم کے کسی حصے کی مستقل معذوری کا شکار ہو جائیں۔
5. معاوضہ براہ راست اور ایوارڈ کے انتظار کے بغیر ادائیگی کے قابل ہے، ماسوائے کہ جب کلیم پر اعتراض اٹھا دیا گیا ہو۔
6. زخمی کارکنان یا متوفی کارکنان کے زیر کفالت افراد بورڈ کے سامنے خود ان معاملات میں پیش ہو سکتے ہیں یا ان کی نمائندگی کے لیے کسی وکیل یا لائسنس یافتہ نمائندے کو رکھ سکتے ہیں۔ اگر وکیل یا لائسنس یافتہ نمائندہ رکھا جائے، تو ان کی قانونی سروسز کی فیس کا جائزہ بورڈ کی جانب سے لیا جائے گا اور منظور ہو جانے کی صورت میں آجر یا انشورنس کمپنی کی جانب سے بقایا کسی معاوضہ جاتی مراعات میں سے دیا جائے گا۔ زخمی کارکنان یا متوفی کارکنان کے زیرِ کفالت افراد کو معاوضے کے کیس میں اپنی نمائندگی کرنے والے وکیل یا لائسنس یافتہ نمائندے کو براہ راست کچھ ادائیگی نہیں کرنی چاہیئے۔
7. اگر اپنی چوٹ کے سبب آپ کو کام پر واپس آنے، یا خاندانی و مالی مسائل کے سلسلے میں مدد درکار ہو، تو اپنے نزدیکی ورکرز کمپنسیشن بورڈ آفس سے رابطہ کر کے بحالی کے کاؤنسلر یا سماجی کارکن کی درخواست کریں۔

**یہ فارم ذیل میں دیے گئے پتے پر براہِ راست بھیج کر دائر کیا جانا چاہیئے:**

**New York State Workers' Compensation Board**

**Centralized Mailing**

**PO Box 5205**

**Binghamton, NY 13902-5205**

**کسٹمر سروس ٹول فری نمبر: 877-632-4996**

# C-3.3

# صحت کی معلومات کا محدود اجراء
## (HIPAA)
*اسٹیٹ آف نیو یارک - ورکرز کمپنسیشن بورڈ*

NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. | Workers' Compensation Board

WCB کیس نمبر *(اگر آپ کو یہ معلوم ہو):*____________________

**بنام مدعی:** اگر آپ نے جسم کے اسی حصے پر لگنے والی کسی *گزشتہ* چوٹ کے لیے یا اپنے موجودہ کلیم فارم میں بیان کردہ بیماری جیسی ہی کسی بیماری کے لیے علاج کروایا ہو، تو یہ فارم پُر کریں۔ اس فارم سے ذیل میں آپ کے درج کردہ نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندگان کو آپ کی گزشتہ چوٹ/بیماری کے بارے میں آپ کے آجر کے ورکرز کمپنسیشن انشورنس کار پر نگہداشتِ صحت کی معلومات افشاء کرنے کی اجازت ملتی ہے۔ وفاقی HIPAA قانون (ہیلتھ انشورنس پورٹیبیلیٹی اینڈ اکاؤنٹیبیلیٹی ایکٹ 1996) کا کہنا ہے کہ آپ کو اس فارم کی ایک نقل حاصل کرنے کا حق ہے۔ اگر آپ اس فارم کو نہیں سمجھ پائے، تو اپنے قانونی نمائندے سے بات کریں۔ اگر آپ کا کوئی قانونی نمائندہ نہ ہو، تو ورکرز کمپنسیشن بورڈ کا ایڈووکیٹ برائے زخمی کارکنان آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ کال کریں: 800-580-6665۔

**بنام نگہداشتِ صحت کا فراہم کنندہ:** اس HIPAA-تعمیلی اجراء کی ایک **نقل** آپ کو صحت کی معلومات افشاء کرنے کی اجازت دیتی ہے۔ اگر اس اجراء کے جواب میں آپ آجر کے ورکرز کمپنسیشن انشورنس کار کو ریکارڈ بھیجیں، تو مدعی کے قانونی نمائندے کو بھی نقول ارسال کریں۔ (اگر ذیل میں کوئی قانونی نمائندہ درج کردہ نہ ہو، تو مدعی کو نقول ارسال کریں۔) ریکارڈز کا اجراء کرنے والے نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندگان لازماً نیو یارک اسٹیٹ کے قانون اور HIPAA پر عمل کریں۔

یہ اجراء ہے:

- **رضاکارانہ۔** آپ کا (کے) نگہداشتِ صحت کا (کے) فراہم کنندہ (کنندگان) اس بات سے قطع نظر کہ آپ اس فارم پر دستخط کرتے ہیں یا نہیں، آپ کو یکساں نگہداشت، ادائیگی کی شرائط اور مراعات فراہم کرے (کریں)۔
- **محدود۔** اس سے آپ کے نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندہ (کنندگان) کو صحت کے صرف ان ریکارڈز کے اجراء کی اجازت ملتی ہے جو آپ کی ذیل میں بیان کردہ گزشتہ بیماری/حالت سے متعلقہ ہوں۔
- **وقتی۔** یہ آپ کے معاوضے کے موجودہ کلیم کے تعین یا غیرمجاز ہو جانے اور تمام اپیلز ختم ہو جانے پر ختم ہو جاتا ہے۔
- **قابلِ کالعدمی۔** آپ کسی بھی وقت اس اجراء کو منسوخ کر سکتے ہیں۔ منسوخ کرنے کے لیے، اس فارم پر درج کردہ نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندہ (کنندگان) کو خط بھیجیں۔ نیز، اپنے آجر کے ورکرز کمپنسیشن انشورنس کار اور ورکرز کمپنسیشن بورڈ کو بھی اپنے خط کی ایک نقل بھیجیں۔ *نوٹ: پہلے ہی فراہم کر دیے گئے طبی ریکارڈز کے حوالے سے شاید آپ اس اجراء کو منسوخ نہ کر پائیں۔*
- **صرف ریکارڈز کے لیے۔** اس سے اس فارم پر درج کردہ آپ کے نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندہ (کنندگان) کو آپ کے آجر کے ورکرز کمپنسیشن انشورنس کار کو آپ کی نگہداشتِ صحت کے ریکارڈز کی نقول بھیجنے کی اجازت ملتی ہے۔

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

- **HIV سے متعلقہ معلومات**
- **سائیکوتھیراپی کے نوٹس**
- **الکحل/منشیات کا علاج**
- **ذہنی صحت کا علاج** (ماسوائے کہ آپ ذیل میں نشان زد کریں)
- **زبانی معلومات** (آپ کے نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندگان شاید کسی اور کے ساتھ آپ کی نگہداشتِ صحت کی معلومات پر تبادلۂ خیال نہ کر پائیں)

اجراء شدہ کوئی بھی طبی ریکارڈز آپ کی ورکرز کمپنسیشن فائل کا حصہ بن جائیں گے اور ورکرز کمپنسیشن قانون کے تحت وہ صیغۂ راز میں ہیں۔

## آپ کی معلومات (مدعی)

1. نام:____________ 2. سوشل سیکیورٹی نمبر:______ - ______ - ______
3. ڈاک کا پتہ:____________
4. تاریخِ پیدائش:______/______/______ 5. موجودہ چوٹ/بیماری کی تاریخ:______/______/______
6. موجودہ چوٹ/بیماری، بشمول زخمی ہونے والے تمام جسمانی حصے:____________
7. آپ کے قانونی نمائندے کا نام اور پتہ (اگر ہو تو):____________

☐ *اگر آپ اپنے نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندہ (کنندگان) کو اپنی **ذہنی صحت کی نگہداشت** کی معلومات کے اجراء کی اجازت دیتے ہیں تو یہاں نشان لگائیں۔*

## B. آپ کا (کے) نگہداشتِ صحت کا (کے) فراہم کنندہ (کنندگان)

(ان تمام نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندگان کا اندراج کریں جنہوں نے جسم کے اسی حصے پر لگنے والی کسی *گزشتہ* چوٹ یا کسی ایسی ہی بیماری کے ضمن میں آپ کا علاج کیا ہو۔ اگر 2 سے زیادہ فراہم کنندگان ہوں تو اس فارم کے ساتھ ان کی رابطے کی معلومات بھی منسلک کریں۔)

1. فراہم کنندہ:____________ 2. فون نمبر: (______)______
3. ڈاک کا پتہ:____________
4. دیگر فراہم کنندہ (اگر کوئی ہو تو):____________ 5. فون نمبر: (______)______
6. ڈاک کا پتہ:____________

## C. ذیل میں پڑھ کر دستخط کریں۔

میں بذریعہ ہذا درخواست کرتا ہوں کہ مندرجہ بالا نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندہ (کنندگان) میرے آجر کے ورکرز کمپنسیشن انشورنس کار کو مندرجہ بالا تمام جسمانی حصوں پر کسی گزشتہ چوٹ/بیماری سے متعلقہ صحت کے تمام ریکارڈز کی نقول فراہم کر دیں۔

____________________________________________

مدعی کے دستخط (صرف روشنائی -- ممکن ہو تو، نیلے بال پوائنٹ پین کا استعمال کریں۔) | تاریخ

**اگر مدعی دستخط نہ کر سکے،** تو مدعی کی طرف سے دستخط کرنے والا شخص لازماً ذیل میں پُر کر کے دستخط کرے:

____________________________________________

آپ کا نام | مدعی سے رشتہ | دستخط (صرف روشنائی – ممکن ہو تو، نیلے بال پوائنٹ پین کا استعمال کریں۔) | تاریخ

**C-3.1**

**اسٹیٹ آف نیو یارک**

**ورکرز کمپنسیشن بورڈ**

ورکرز کمپنسیشن بورڈ کے کسی مجاز نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندہ کو منتخب کرنے کے حق کا نوٹس

| زخمی ملازم کا نام | زخمی ملازم کا سوشل سیکیورٹی نمبر | حادثے کی تاریخ |
|---|---|---|
| | | |
| آجر کا نام اور پتہ | | |

**بنام زخمی ملازم:**

اپنی کام سے متعلقہ چوٹ یا بیماری کے علاج کے لیے، آپ ممکنہ طور پر کسی بھی ایسے فزیشن، پوڈیاٹرسٹ، کائروپریکٹر، یا (کسی مجاز فزیشن کی طرف سے ریفرل پر) سائیکولوجسٹ کو منتخب کر سکتے ہیں کہ جو ورکرز کمپنسیشن بورڈ سے مجاز ہو اور جو ورکرز کمپنسیشن کے مریض لے رہا ہو۔

اگرچہ آپ اپنے آجر یا اس کے ورکرز کمپنسیشن انشورنس کیریئر کے تجویز کردہ کسی نیٹ ورک یا فراہم کنندہ کو استعمال کرنے کا انتخاب یا اپنے آجر کو اپنی طرف سے کسی فراہم کنندہ کا انتخاب کرنے کی اجازت دینے کا فیصلہ کر سکتے ہیں، مگر آپ کسی بھی وقت، مراعات کے لیے اپنے ورکرز کمپنسیشن کے کلیم کو متاثر کیے بغیر اپنا نگہداشتِ صحت کا فراہم کنندہ تبدیل کر سکتے ہیں۔

زخمی ملازم کے دستخط ____________ تاریخ ____________ گواہ کے دستخط ____________ تاریخ ____________

**براہِ کرم نوٹ فرمائیں:** اس صورت میں آپ کے لیے اس رضامندی فارم پر دستخط کرنا لازم نہیں کہ اگر آپ کا آجر (i) ورکرز کمپنسیشن قانون کے آرٹیکل 10-A کے تحت کسی مصدقہ ترجیحی فراہم کنندہ تنظیم (PPO) میں شریک ہو رہا ہے، یا (ii) ورکرز کمپنسیشن قانون کے سیکشن 25(2-c) کے تحت متبادل تصفیہ تنازعہ (ADR) آزمائشی پروگرام میں شریک ہو رہا ہے۔ اِن قانونی پروگرامز کے علاوہ، ماسوائے ہنگامی صورتحالوں کے، آپ پر لازم ہے کہ کسی بھی ورکرز کمپنسیشن چوٹ یا بیماری کے لیے کم از کم اپنے آجر کی جانب سے مختص کردہ مصدقہ نیٹ ورک (نیٹ ورکس) یا فراہم کنندگان سے ابتدائی علاج حاصل کریں۔

**بنام آجر:**

آجر متذکرہ بالا زخمی ملازم کو اس دستخط شدہ فارم کی ایک نقل فراہم کرے گا اور اصل فارم کو آجر کے ریکارڈز میں سنبھال کر رکھے گا جہاں اس کا معائنہ کسی بھی وقت ورکرز کمپنسیشن بورڈ کی جانب سے کیا جا سکتا ہے۔ یہ فارم نہ تو ورکرز کمپنسیشن بورڈ کو جمع کروایا جائے گا نہ ہی اس کو اس ملازم کی کام سے متعلقہ چوٹ یا بیماری رونما ہونے سے قبل زیرِ عمل لایا جائے گا۔

ورکرز کمپنسیشن بورڈ معذور لوگوں کو بلاامتیاز ملازمت اور خدمات فراہم کرتا ہے۔

# ورکرز کمپنسیشن کی
# فارمیسی مراعات کے حوالے سے اطلاع

براہ کرم اس نوٹس کو دھیان سے پڑھیں۔ یہ آپ کو نیو یارک اسٹیٹ انشورنس فنڈ (NYSIF) کے ساتھ ورکرز کمپنسیشن کلیم کے تحت ادویات کے حصول کے حوالے سے اہم معلومات فراہم کرتا ہے۔

NYSIF نے CVS کیئرمارک کے ساتھ ایک معاہدہ کیا ہے، جو کہ ایک فارمیسی مراعات مینیجر (PBM) ہے، جس کے پاس ایسی ادویات دستیاب بنانے کے لیے فارمیسیز کا ایک نیٹ ورک موجود ہے کہ جو کارکنان اپنی **کام سے متعلقہ** چوٹ یا بیماری کے لیے وصول کر سکتے ہیں۔ اس سے ایسی کسی بیماری یا چوٹ کے علاج کے لیے ضروری ادویات حاصل کرنے کا آپ کا حق تبدیل نہیں ہوتا۔ اس کا مطلب بس یہ ہے کہ آپ **لازماً** وہ دوا CVS کیئرمارک کی جانب سے تنظیم شدہ کیئرکومپ فارمیسی نیٹ ورک میں شریک کسی فارمیسی سے حاصل کریں۔ یہ نیٹ ورک CVS فارمیسیز تک محدود نہیں، بلکہ اس میں 67,000 سے زائد شرکت کنندہ فارمیسیز شامل ہیں۔ فارمیسیز اور ان کے پتے درج ذیل سے حاصل کیے جا سکتے ہیں:

- CVS کیئرمارک کال سینٹر کو **(866) 493-1640 پر**، یا TDD نمبر برائے نقصِ سماعت کے حامل افراد **(866) 200-2161** پر کال کر کے
- ویب سائٹ https://nysif.wcrxportal.com/Pharmacy/Index استعمال کر کے
- NYSIF ویب سائٹ nysif.com/networkbenefits استعمال کر کے

اگر آپ کسی ورکرز کمپنسیشن کلیم کی وساطت سے اپنی ادویات حاصل کر رہے ہیں، تو **لازم ہے** کہ آپ ان میں سے کسی ایک فارمیسی سے وہ دوا حاصل کریں ماسوائے کہ:

- آپ کو کوئی طبی ایمرجنسی لاحق ہو اور یہ معقول طور پر ممکن نہ ہو کہ آپ اس ایمرجنسی کے لیے اپنی ضرورت کی ادویات کسی نیٹ ورک فارمیسی سے حاصل کریں، یا
- نیٹ ورک میں ڈاک یا ٹیلیفون سے آرڈر کرنے کا اختیار موجود نہ ہو، نیٹ ورک میں کوئی فارمیسی آپ کو ڈیلیور نہیں کرے گی، اور ان میں سے کوئی فارمیسی آپ کے دیہی علاقے میں رہنے کی صورت میں 15 میل، یا آپ کے دیہی علاقے میں نہ رہنے کی صورت میں پانچ میل کی مسافت پر موجود نہیں۔ اگر آپ کو یقین ہو کہ آپ کو ان میں سے کوئی صورتحال درپیش ہے، تو براہ کرم اس صفحے کے نچلے حصے پر دیے نمبرز میں سے کسی ایک پر کال کریں۔

براہ کرم نوٹ کریں کہ CVS کیئرمارک کے پاس ڈاک آرڈر، انٹرنیٹ اور ٹیلیفون کی سروسز موجود ہیں۔ CVS کیئرمارک کال سینٹر کو (866) 493-1640 پر کال کر کے ہدایات حاصل کی جا سکتی ہیں۔

نیٹ ورک کی تمام فارمیسیز کو ادویات کا خاطرخواہ اسٹاک ہر وقت دستیاب رکھنا چاہیئے تاکہ وہ آپ کو بلاتاخیر سروس فراہم کر سکیں۔

تمام اندرون اسٹور فارمیسیز لازماً ان اوقات کے دوران کام کر رہی ہوں جو آپ کی کمیونٹی میں رائج ہیں۔

کیئرکومپ فارمیسی نیٹ ورک کی فارمیسیز براہ راست NYSIF کو بل بھیجیں گی۔ **آپ کو ادویات کے لیے نقد رقوم ادا کرنے کی ضرورت نہیں پڑے گی۔**

آپ اس ٹول فری، 24 گھنٹے ٹیلیفون نمبر پر کال کر کے کیئرکومپ فارمیسی نیٹ ورک کے بارے میں اضافی معلومات حاصل کر سکتے ہیں: (866) 493-1640۔

اگر آپ کو کوئی سوالات یا مسائل درپیش ہوں، تو براہِ کرم NYSIF کو (888) 875-5790 پر کال کریں۔ آپ نیو یارک اسٹیٹ ورکرز کمپنسیشن بورڈ سے general_information@wcb.ny.gov یا
(877) 632-4996 پر، یا ایڈووکیٹ برائے زخمی کارکنان سے (800) 580-6665 پر رابطہ کر سکتے ہیں۔ آپ مزید معلومات **www.wcb.ny.gov** وزٹ کر کے بھی حاصل کر سکتے ہیں۔

## پالیسی ہولڈر - براہ کرم واضح طور پر پوسٹ کریں

CVS caremark®　　NYSIF

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

**انشورنس یافتہ کارکن متوجہ ہوں**

یہ ورکرز کمپنسیشن عبوری نسخہ جاتی سروسز ID فارم لازماً آپ کے فارماسسٹ کو آپ کا ابتدائی نسخہ (نسخہ جات) بھرنے کے وقت پیش کیا جانا چاہیئے۔ اگر آپ کے کوئی سوالات ہوں یا آپ کو شرکت کنندہ فارمیسی کا پتہ تلاش کرنے کی ضرورت ہو، تو براہِ کرم CVS کیئرمارک کسٹمر سروس سے 1640-493-866-1 پر رابطہ کریں۔

**فارماسسٹ/آجر** — جب فارم مکمل ہو تو، CVS کیئرمارک کو فیکس کریں: 1-866-493-1644

مدعی کی معلومات CVS کیئرمارک میں شامل کر دی جائیں گی تاکہ ادویات کو زیرِ عمل لایا جا سکے۔ یہ معلومات 1-866-493-1640 پر کال کر کے فون کے ذریعے بھی دی جا سکتی ہیں۔

**نیو یارک اسٹیٹ انشورنس فنڈ**　　**گروپ#: NYSIF**

**متوجہ ہوں:** ذیل کے تمام آئٹمز لازماً مکمل کیے جائیں۔

آجر کا نام:

______________________________

آجر کا NYSIF ورکرز کمپنسیشن پالیسی نمبر:

______________________________

چوٹ کی تاریخ:_________/_________/_____(مہینہ/دن/سال)

زخمی کارکن کی تاریخِ پیدائش:

_______/_______/_______(مہینہ/دن/سال)

زخمی کارکن کا سوشل سیکیورٹی نمبر:

______________________________

زخمی کارکن کا نام:

______________________________

پہلا　　درمیانی نام کے ابتدائی حروف　　آخری

زخمی کارکن کا ڈاک کا پتہ:

______________________________

گلی

______________________________

شہر، ریاست زپ

*ہیلپ ڈیسک: یہ صرف CVS کیئرمارک کی وساطت سے ایک POS پروگرام ہے۔ مدد کے لیے، CVS کیئرمارک ہیلپ ڈیسک کو 866.493.1640 پر کال کریں*

**فارماسسٹ متوجہ ہوں:**

NYSIF کا نسخہ جاتی پروگرام CVS کیئرمارک کی جانب سے انتظام کردہ ہے۔ براہ کرم کلیم درج کروانے کے لیے ذیل میں درج کردہ تمام اقدامی مراحل پر عمل کریں۔ یہ مراحل NYSIF مدعیان کے لیے نسخہ جمع کروانے کے لیے درکار ہیں۔

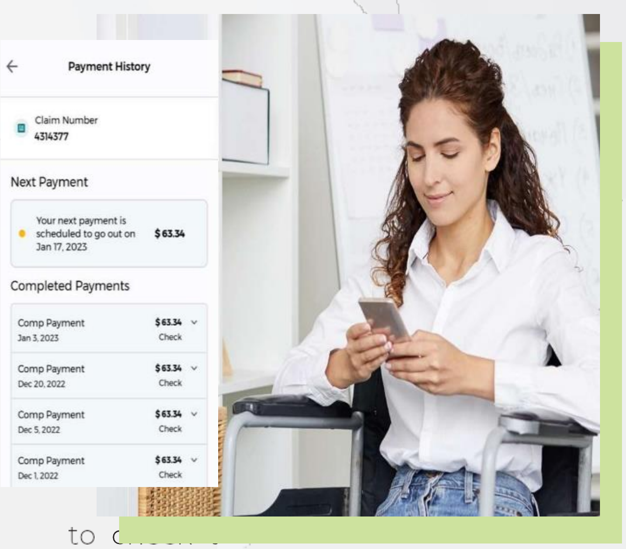
| | |
|---|---|
| مرحلہ 1 | Bin نمبر 610235 درج کریں |
| مرحلہ 2 | PCN درج کریں: WRK |
| مرحلہ 3 | ID: زخمی کارکن کا سوشل سیکیورٹی نمبر |

**مدد درکار ہے؟**

فارماسسٹ، اگر کلیم زیرِ عمل لاتے وقت آپ کے کوئی سوالات ہوں، تو براہِ کرم CVS کیئرمارک ہیلپ ڈیسک کو 1-866-493-1640 پر کال کریں۔

NYSIF

# کلیم موبائل ایپ




کیا آپ اپنی مراعت کی ادائیگی یا ورکرز کمپنسیشن کلیم کا اسٹیٹس چیک کرنا چاہتے ہیں؟ NYSIF کے پاس اس کے لیے ایک ایپ ہے! **NYSIF Claim موبائل ایپ** کے ساتھ، آپ اپنے کلیم کے بارے میں بروقت معلومات تک رسائی پا سکتے ہیں، بشمول:

- چیک اور ادائیگی کا اسٹیٹس
- کیس مینیجر کی رابطہ معلومات
- کلیم اسٹیٹس
- آئندہ سماعتیں و طبی معائنے

## بہتر مواصلت، شفافیت و مشغولیت

**NYSIF Claim موبائل ایپ** کے ساتھ، آپ باآسانی یہ انتظامی ٹاسکس مکمل کر سکتے ہیں:

- کلیم نمبر تلاش کرنا
- ادائیگی کی ہسٹری دیکھنا
- اضافی NYSIF کلیمز اپنے اکاؤنٹ سے منسلک کرنا
- اطلاعات موصول کرنا
- اپنے Rx کارڈ تک رسائی پانا
- اپنے کیس مینیجر کو ای میل کرنا
- براہ راست ڈپازٹ کے لیے سائن اپ کرنا

یہاں اسکین کریں

***NYSIF Claim موبائل ایپ آج ہی ڈاؤن لوڈ کریں!***

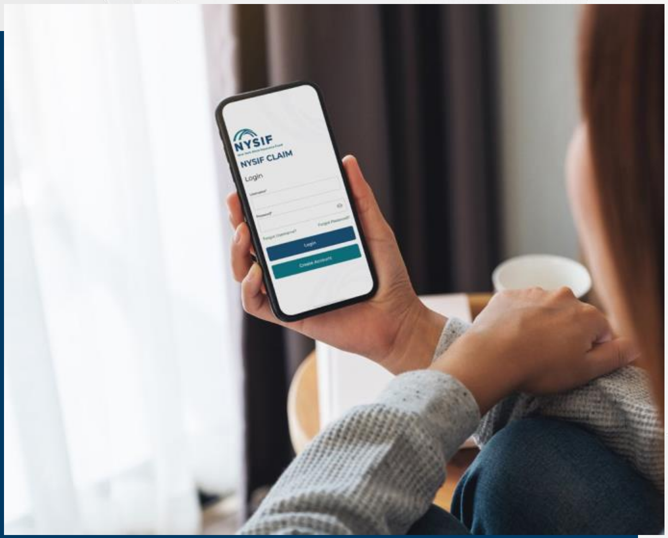
**nysif.com** پر مزید جانیں

2023© نیو یارک اسٹیٹ انشورنس فنڈ۔ جملہ حقوق محفوظ ہیں۔

# NYSIF

# نرس کلیم مینجمنٹ پروگرام

## معاوضہ جات کی وصولی کے عمل میں آپ کی معاونت کے لیے، ایک NYSIF نرس بذریعہ فون آپ سے رابطہ کر سکتی ہے۔




اس کال کے دوران، ایکNYSIF نرس آپ کو مطلوبہ معالجہ حاصل کرنے سے متعلق بعض معلومات کے حوالے سے رہنمائی فراہم کر سکتی ہے اور اس کے ساتھ ساتھ ایک زخمی ملازم کے طور پر آپ کو دستیاب وسائل کی شناخت میں مدد کر سکتی ہے۔ NYSIF نرس، آپ کے ورکرز کمپنسیشن کے دعوے کے حوالے سے معلومات تک رسائی کی خاطر NYSIF Claim موبائل ایپ استعمال کرنے کے فوائد کو بھی بیان کر سکتی ہے اور آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دے سکتی ہے۔

آپ کی صحت اور معاوضہ جات کی وصولیابی ہماری اوّلین ترجیح ہیں، اور ہم آپ سے گفتگو کے منتظر ہیں۔

PO Box 66699; Albany, NY 12206
**nysif.com**

NYSIF

**اپنی ورکرز کمپنسیشن کی ادائیگی براہ راست ڈپازٹ سے حاصل کریں!**

# براہ راست ڈپازٹ

## نیو یارک اسٹیٹ انشورنس فنڈ

NYSIF ورکرز کمپنسیشن مراعات موصول کرنے کے لیے مدعیان کو براہ راست ڈپازٹ کی پیشکش کرتا ہے۔ آپ کے مالی ادارے کے ساتھ تعاون میں، NYSIF مراعات کی ادائیگیاں براہ راست آپ کے بینک اکاؤنٹ میں ڈپازٹ کر سکتا ہے۔ آپ اپنے ادائیگی کے چیکس دو بینک اکاؤنٹس کے مابین (بلحاظِ فیصد) بھی تقسیم کرنے کا انتخاب کر سکتے ہیں۔

### اکاؤنٹ کی قسم کے لیے تقاضے

لازم ہے کہ آپ **چیکنگ** یا **سیونگز** اکاؤنٹ میں اپنی ادائیگی ڈپازٹ کریں۔ اپنے بینک کے راؤٹنگ نمبر اور اکاؤنٹ نمبر سمیت، تمام معلومات براہ راست ڈپازٹ فارم پر مکمل کریں (خاکہ ملاحظہ کریں)۔ مدد درکار ہونے کی صورت میں اپنے بینک سے رابطہ کریں۔

### منسوخی

یہ معاہدہ منسوخ نہ کر دیے جانے تک نافذ العمل ہے۔ اپنا معاہدہ منسوخ کرنے کے لیے، **nysif.com** وزٹ کریں، بطور مدعی رجسٹر ہوں اور "براہ راست ڈپازٹ کو ان سبسکرائب کریں" کا اختیار منتخب کریں۔ علاوہ ازیں، "کلیمز میں مدد حاصل کریں" کے ہمارے فوری لنکس استعمال کر کے آپ ممکنہ طور پر اپنے NYSIF کیس مینیجر سے **nysif.com** پر رابطہ کر کے بھی منسوخ کروا سکتے ہیں۔ یہ معاہدہ NYSIF یا آپ کے مالی ادارے کی جانب سے بھی منسوخ کیا جا سکتا ہے۔ بہرصورت، آپ کو ڈاک میں نتائجی چیکس موصول ہو جائیں گے۔ منسوخی کے عمل میں تین ہفتوں تک کا وقت لگ سکتا ہے۔

### آپ کے اکاؤنٹ میں تبدیلیاں

اگر آپ کے بینک اکاؤنٹ کی معلومات میں کوئی تبدیلیاں آئیں (اکاؤنٹ نمبر، مالی ادارے وغیرہ کی تبدیلی) تو آپ **NYSIF کو مطلع کرنے کے ذمہ دار ہیں۔** **nysif.com** پر موجود ایک نئی براہ راست ڈپازٹ کی درخواست جمع کروا کر، NYSIF کو مطلع کریں۔

اگر آپ اکاؤنٹس یا مالی ادارے تبدیل کریں، تو آپ کو تب تک اپنا پرانا اکاؤنٹ رکھنا چاہیئے جب تک کہ آپ کے نئے اکاؤنٹ میں اگلی براہ راست ڈپازٹ کی ادائیگی موصول نہ ہو جائے۔ اگر پرانا اکاؤنٹ نہ رکھا گیا، تو ممکن ہے کہ آپ کو ادائیگی میں تب تک تاخیر کا سامنا کرنا پڑے جب تک کہ آپ کی نئی براہ راست ڈپازٹ کی مجاز کاری موثر نہ ہو جائے۔

### مدتی تصدیق

NYSIF آپ کے براہ راست ڈپازٹ اکاؤنٹ کے حوالے سے معلومات کی تصدیق کے لیے وقتاً فوقتاً آپ سے رابطہ کر سکتا ہے۔ اگر ادائیگی وصول کنندہ اب حیات نہ ہو، تو NYSIF کو فوری طور پر مطلع کریں۔

## نیو یارک اسٹیٹ انشورنس فنڈ

## براہ راست ڈپازٹ کی مجاز کاری کی درخواست

مراعات کا براہ راست ڈپازٹ موصول کرنے کے لیے، یہ فارم پوری طرح سے مکمل کریں اور ذیل میں دیے گئے پتے پر واپس ارسال کر دیں۔ براہ راست ڈپازٹ کے بارے میں اپنے حقوق کے حوالے سے مزید معلومات کے لیے، **nysif.com/directdeposit** پر جائیں۔ براہ راست ڈپازٹ میں اندراج کروانے کے لیے تمام فیلڈز کا مکمل ہونا لازم ہے۔

**نام** (پہلا، درمیانی، آخری):

**NYSIF ورکرز کمپنسیشن کلیم نمبر:**

**گھر کا پتہ** (پی او باکس استعمال نہ کریں): ______________________

______________________

شہر:______________________ ریاست:______________________

زپ کوڈ:______________________

ای میل ایڈریس:______________________ **فون:**__________

______________________

اپنے اکاؤنٹ نمبر اور بینک راؤٹنگ نمبر سمیت تمام معلومات درج کریں۔ اس سیکشن کو مکمل کرنے میں مدد درکار ہونے کی صورت میں اپنے مالی ادارے سے رابطہ کریں۔
**اختیاری:** اگر آپ دو بینک اکاؤنٹس کے بیچ اپنی ادائیگیاں منقسم کرنا چاہیں، تو بینک سے متعلقہ فیلڈز کے دونوں سیٹ مکمل کریں۔ تقسیم کی شرح فیصد لازماً 100% ہو (مثال کے طور پر اکاؤنٹ#1 میں 75% اور اکاؤنٹ#2 میں 25%)۔ اگر کسی بھی وقت آپ کا بینک اکاؤنٹ عدم دستیاب ہو جائے، تو بقایا رقم پیپر چیک کے ذریعے بھیجی جائے گی۔

**براہ راست ڈپازٹ اکاؤنٹ #1** (چیکنگ یا سیونگز میں سے کسی کا انتخاب کریں): ◯ چیکنگ ◯ سیونگز تقسیم کاری ______% از چیک

**مالی ادارے کا نام:** ______________________

______________________

**راؤٹنگ #** ______________________ **اکاؤنٹ #** ______________________

**براہ راست ڈپازٹ اکاؤنٹ #2** (چیکنگ یا سیونگز میں سے کسی کا انتخاب کریں): ◯ چیکنگ ◯ سیونگز تقسیم کاری ______% از چیک

**مالی ادارے کا نام:**______________________

**راؤٹنگ#** ______________________ **اکاؤنٹ #** ______________________

### ڈپازٹ کار/ادائیگی وصول کنندہ کی تصدیق کاری و مجاز کاری

اس فارم پر دستخط کر کے، میں NYSIF کو مختص کردہ اکاؤنٹ (اکاؤنٹس) میں ڈپازٹ کے لیے متذکرہ بالا مالی ادارے (اداروں) میں ادائیگیاں بھیجنے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں تصدیق کرتا ہوں کہ میں بنیادی معاوضہ جاتی ادائیگیاں یا تصفیہ جاتی پیشرفت وصول کرنے کا حقدار ہوں، اور مجھے NYSIF کی طرف سے مراعات کا حقدار بنانے والے حالات میں تبدیلی نہیں آئی۔ اگر ادائیگی موصول کرنے کی میری اہلیت کو متاثر کرنے والے حالات و واقعات میں تبدیلی آگئی، تو مجھے لازماً NYSIF کو مطلع کرنا ہو گا۔ میں سمجھتا ہوں کہ براہ راست ڈپازٹ کی درخواست دینے کے لیے، مجھے لازماً ایک ای میل ایڈریس فراہم کرنا ہو گا۔ یہ درخواست جمع کروا کر، میں فراہم کردہ ای میل ایڈریس پر برقی اطلاعات موصول کرنے کی رضامندی دیتا ہوں۔

**دستخط:**______________________ **تاریخ:**______________________

**مکمل کردہ درخواست ارسال کریں بنام:**

**NYSIF**
**PO Box 66699**
**Albany, NY 12206**