

NOTICE THAT YOU MAY BE RESPONSIBLE FOR MEDICAL COSTS IN THE EVENT OF FAILURE TO PROSECUTE, OR IF COMPENSATION CLAIM IS DISALLOWED, OR IF AGREEMENT PURSUANT TO WCL §32 IS APPROVED

WCB CASE NO. (If Known)		CARRIER CASE NO. (If Known)	DATE OF INJURY	NATURE OF INJURY OR ILLNESS	INJURED PERSON'S SOC. SEC. NO.
CLAIMANT	NAME			ADDRESS	APT. NO.
EMPLOYER					
INSURANCE CARRIER					

You may become responsible for the medical costs of treatment for your illness or condition with the provider listed below if (1) you fail to prosecute the claim for workers' compensation or (2) it is determined by the Workers' Compensation Board that the illness or condition which required treatment was not a result of a compensable workplace accident or occupational disease or (3) if an agreement is executed by you and approved pursuant to Workers' Compensation Law §32 in which you waive your right to medical benefits from the workers' compensation carrier/self-insured employer for treatment/ services performed after the date the agreement is approved. If any of the above events occurs, the provider may bill you directly instead of the employer or insurance carrier, and you will be responsible for the provider's fees for services rendered.

I hereby acknowledge that I have read the above and understand the circumstances under which I may become responsible for payment.

Claimant's Signature _____ Date _____

Provider's Name and Address _____

TO THE CLAIMANT

Workers' Compensation Board Regulation 325-1.23 permits your doctor or therapist to request that you sign this A-9 notice. By signing this notice, you acknowledge your obligation to pay the provider's fees for the services you receive if it turns out that such fees are not legally required to be paid by your employer or its workers' compensation insurance carrier and if such fees are not covered by other insurance. The employer or carrier may not be required to pay the doctor's fees if, for example, you fail to file a claim for workers' compensation, or fail to notify your employer of your injury or illness, or fail to attend a Board hearing if your employer challenges your right to benefits. Even if you make all required efforts to prosecute your claim, the Workers' Compensation Board may still find that you are not entitled to benefits. In such cases, this notice advises your health provider that you acknowledge your personal liability for payment of his/her bills.

Workers' Compensation Law Section 32

The A-9 notice also covers instances in which a claimant with an existing valid workers' compensation case comes to an agreement with his/her employer or its insurance carrier settling his/her case in accordance with Section 32 of the Workers' Compensation Law. A Section 32 agreement may include a provision which relieves the employer or carrier of the liability to pay future medical bills associated with the case. Your health care provider may ask you to sign this A-9 notice to insure that you acknowledge your personal liability for payment of his/her bills if you have waived your right to future medical benefits under a Section 32 agreement.

If you have any questions, contact your attorney or licensed hearing representative, if you have one. You may also contact your local district office of the Workers' Compensation Board.

TO THE HEALTH CARE PROVIDER

This notice is meant to advise the workers' compensation claimant that he/she may be responsible for payment. Failure of the claimant to sign this form does not relieve the provider of the obligation to treat the claimant, nor does it negate the claimant's responsibility for payment.

Keep the original of this form for your records and give a copy to the claimant. **Do not file with the Workers' Compensation Board.** You will receive Notices of Decisions in which the compensability of a claim, authorization of treatment, or payment of medical bills is included. You will also be notified if the claimant submits a Section 32 Agreement with the Board for approval. Do not bill the claimant unless and until you receive a Board decision finding that 1) claimant failed to prosecute the claim, or 2) the claim is denied, or 3) the treatment is not causally related to the work injury, or 4) a Section 32 agreement relieving the carrier of liability for medical treatment is approved

ATTENZIONE: LE SPESE MEDICHE POTREBBERO ESSERE RITENUTE A SUO CARICO IN CASO DI ABBANDONO O DI MANCATA APPROVAZIONE DELLA RICHIESTA DI INDENNIZZO O QUALORA SI APPROVI UN ACCORDO TRA LE PARTI SECONDO QUANTO STABILITO ALLA §32 DELLA WCL

PRATICA WCB N. (Se noto)	PRATICA ASSICURATIVA N. (Se noto)	DATA DELL'INFORTUNIO	NATURA DELL'INFORTUNIO O DELLA MALATTIA	N. PREV. SOC. DELL'INFORTUNATO
RICHIEDENTE	NOME		INDIRIZZO	APP. N.
DATORE DI LAVORO				
COMPAGNIA ASSICURATIVA				

Le spese mediche sostenute per il Suo stato fisico o di malessere potranno essere ritenute a Suo carico se svolte dai professionisti / dalle strutture sanitarie riportati di seguito qualora: (1) si abbandoni la richiesta di indennità lavorativa; (2) se la Workers' Compensation Board stabilisca che il Suo stato fisico o di malessere per cui si è richiesto un trattamento sanitario non è stato causato da malattia correlata alla professione o da incidenti sul lavoro; (3) se viene sottoscritto un accordo tra le parti, successivamente approvato secondo quanto stabilito nella §32 della Workers' Compensation Law, per cui si rinunci al proprio diritto di beneficiare dell'indennità sanitaria prevista dalla compagnia assicurativa per gli infortuni sul lavoro / dal fondo assicurativo privato del datore di lavoro per i servizi / trattamenti sanitari erogati a seguito della data di approvazione dell'accordo. Qualora si verifichi una sola delle suddette condizioni, né il datore di lavoro né la compagnia assicurativa saranno ritenuti responsabili del costo delle spese mediche sostenute che Le saranno quindi addebitate direttamente insieme a eventuali tasse applicate ai servizi sanitari erogati.

Io, sottoscritto, dichiaro di aver letto e compreso le condizioni per cui potrei essere soggetto al pagamento delle spese mediche.

Firma del richiedente _____ Data _____

Nome e indirizzo del professionista/struttura sanitaria _____

AL RICHIEDENTE

La norma 325-1.23 della Workers' Compensation Board consente al Suo medico o terapeuta di richiedere la compilazione dell'informativa A-9. Sottoscrivendo il presente documento Lei accetta l'obbligo di sostenere le spese dei servizi sanitari ricevuti qualora, secondo la legge, tali spese non fossero a carico del Suo datore di lavoro o della relativa compagnia assicurativa per gli infortuni sul lavoro o nel caso in cui non risultino coperte da altra assicurazione. È possibile che il datore di lavoro o la compagnia assicurativa non siano tenute al pagamento delle spese sanitarie se, ad esempio, si abbandona la richiesta di indennità lavorativa, se non si comunica al datore di lavoro il proprio infortunio o stato di malattia o se non ci si presenta a una seduta della Workers' Compensation Board qualora il datore di lavoro si opponga al riconoscimento dell'indennità. Anche facendo tutto il possibile per avviare la pratica di indennizzo è possibile che la Workers' Compensation Board continui a non ritenereLa idoneo a percepire l'indennità. In tali circostanze, questa informativa avvisa il professionista / la struttura sanitaria del Suo impegno a sostenere personalmente le spese per i servizi sanitari erogati.

Sezione 32 della Workers' Compensation Law

L'informativa A-9 copre anche le istanze in cui il richiedente, ammesso che abbia presentato una valida richiesta di indennizzo, giunga a un accordo col proprio datore di lavoro o con la rispettiva compagnia assicurativa in carico alla richiesta presentata secondo quanto stabilito nella Sezione 32 della Workers' Compensation Law. Tale accordo può includere delle disposizioni per cui il datore di lavoro o la compagnia assicurativa sono esonerate dall'obbligo di pagamento delle spese mediche associate al caso. Il professionista / struttura sanitaria in questione potrà quindi richiedere la compilazione dell'informativa A-9 per assicurarsi che Lei sosterrà personalmente le spese sanitarie qualora rinunci al diritto di beneficiare di future indennità sanitarie in base a quanto stipulato nell'accordo sancito secondo quanto stabilito nella Sezione 32.

In caso di domande, La invitiamo a contattare il Suo avvocato o un professionista munito di licenza, se ne ha uno. In alternativa, può contattare l'ufficio distrettuale locale della Workers' Compensation Board.

AL PROFESSIONISTA / STRUTTURA SANITARIA

La presente informativa intende avvisare il richiedente dell'indennità lavorativa della possibilità di dover sostenere le spese sanitarie. La mancata compilazione da parte del richiedente del presente modulo non solleva il professionista/struttura sanitaria dall'obbligo di curare il richiedente né, tantomeno, esime il richiedente dall'obbligo di pagamento dei servizi erogati.

Conservare l'originale del modulo e rilasciare una copia al richiedente. **Non inviare il modulo alla Workers' Compensation Board.** Riceverà Notifiche di Responso per ciascuna delle seguenti: autorizzazione al trattamento, pagamento delle spese mediche e compenso pattuito per la richiesta di indennità. Inoltre, Le verrà notificato l'eventuale accordo intercorso tra le parti secondo quanto stabilito alla Sezione 32 e approvato dalla Workers' Compensation Board. Non addebitare le spese sanitarie al richiedente fatto salvo o fintanto che non si riceva notifica di responso da parte della Workers' Compensation Board in cui si attesta che: 1) il richiedente ha abbandonato la pratica; 2) la richiesta viene rifiutata; 3) la necessità di trattamento non è dovuta a infortuni sul lavoro; 4) è stato approvato l'accordo stipulato ai sensi della Sezione 32 per cui la compagnia assicurativa è esonerata dall'obbligo di pagamento dei trattamenti sanitari.