

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

**ИЗВЕЩЕНИЕ О ТОМ, ЧТО ВЫ МОЖЕТЕ НЕСТИ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА РАСХОДЫ НА ЛЕЧЕНИЕ
В СЛУЧАЕ НЕПРЕДЪЯВЛЕНИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ ИЛИ ОТКЛОНЕНИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ О КОМПЕНСАЦИИ ИЛИ
ПРИ ОДОБРЕНИИ СОГЛАШЕНИЯ В СООТВЕТСТВИИ С §32 ЗАКОНА О КОМПЕНСАЦИЯХ РАБОТНИКАМ**

№ ДЕЛА УПРАВЛЕНИЯ ПО КОМПЕНСАЦИЯМ (если известен)	№ ДЕЛА В СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ (если известен)	ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ ТРАВМЫ	ХАРАКТЕР ТРАВМЫ ИЛИ БОЛЕЗНИ	НОМЕР СОЦ. СТРАХОВАНИЯ ПОТЕРПЕВШЕГО
ЗАЯВИТЕЛЬ	ФИО		АДРЕС	№ КВ.
РАБОТОДАТЕЛЬ				
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ				

Вы можете нести ответственность за стоимость медицинского лечения вашего заболевания или услуг по уходу в связи с состоянием здоровья при обращении к нижеуказанному поставщику медицинских услуг, если (1) вы не подавали заявление на выплату компенсации работникам, или (2) Управлением по компенсациям работникам установлено, что заболевание или состояние здоровья, потребовавшее лечения, не было результатом несчастного случая на производстве, подлежащего компенсации, или профессионального заболевания, или (3) вами в соответствии с §32 Закона о компенсациях работникам заключено и утверждено соглашение, в котором вы отказываетесь от права на получение медицинских выплат от плательщика компенсаций/самостоятельно застрахованного работодателя за лечение/услуги, предоставленные после даты утверждения соглашения. При возникновении любого из вышеуказанных случаев поставщик медицинских услуг может выставить счет непосредственно вам, а не работодателю или страховщику, и вы будете нести ответственность за оплату оказанных поставщиком услуг. Настоящим подтверждаю, что я прочитал(а) вышесказанное и понимаю, в каких обстоятельствах я могу нести ответственность за оплату.

Подпись заявителя _____ Дата _____

Наименование и адрес поставщика мед. услуг _____

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ЗАЯВИТЕЛЯ

Положение 325-1.23 Управления по компенсациям работникам разрешает вашему доктору или лечащему врачу требовать от вас подписания настоящего извещения А-9. Подписывая настоящее извещение вы признаете свое обязательство оплатить стоимость услуг, предоставленных вам поставщиком, если окажется, что закон не требует оплаты данных услуг вашим работодателем или страховщиком-плательщиком компенсаций, и если данные услуги не покрываются другим страхованием. Оплата стоимости услуг врача не может быть затребована от работодателя или страховщика, если, например, вы не подали исковое заявление на компенсацию работникам или не сообщили работодателю о вашей травме или болезни или не присутствовали на слушании Управления, если ваш работодатель оспаривает ваше право на выплаты. Даже если вы предприняли все необходимое для возбуждения иска, тем не менее, Управление по компенсациям работникам может признать, что вы не имеете права на выплаты. В таких случаях настоящее извещение информирует вашего поставщика медицинских услуг, что вы признаете личную ответственность за оплату его/ее счетов.

Закон о компенсациях работникам, Раздел 32

Извещение А-9 также распространяется на случаи, когда заявитель по существующему обоснованному делу о выплате компенсации приходит к соглашению со своим работодателем или страховщиком и урегулирует дело в соответствии с Разделом 32 Закона о компенсациях работникам. Соглашение по разделу 32 может содержать положение, освобождающее работодателя или страховщика от ответственности за оплату будущих медицинских счетов, связанных с этим делом. Ваш поставщик медицинских услуг может попросить вас подписать настоящее извещение А-9, чтобы гарантировать, что вы признаете личную ответственность за оплату его/ее счетов, если вы отказались от своего права на получение дальнейших медицинских выплат по соглашению согласно разделу 32.

При возникновении вопросов свяжитесь с вашим адвокатом или лицензированным представителем на слушаниях, если он у вас есть. Вы также можете связаться с вашим окружным отделом Управления по компенсациям работникам.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПОСТАВЩИКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Настоящее извещение призвано информировать лицо, подавшее заявление на компенсацию о том, что он/она может нести ответственность за оплату услуг. Неподписание заявителем данного бланка не освобождает поставщика от обязанности предоставить заявителю лечение и не освобождает заявителя от ответственности за оплату.

Храните для учета оригинал данной формы и предоставьте копию заявителю. **Не передавайте в Управление по компенсациям работникам.** Вы получите Извещения о принятых решениях, содержащих информацию о возместимости по заявлению на компенсацию, санкционировании лечения или об оплате медицинских счетов. Также вы получите уведомление, если заявитель подаст соглашение по разделу 32 на утверждение. Не выставляйте счета заявителю до тех пор, пока и если вы не получите решение Управления о том, что 1) заявитель не подал заявление на компенсацию или 2) заявление отклонено или 3) лечение не имеет причинной связи с производственной травмой или 4) утверждено соглашение по разделу 32, освобождающее страховщика от обязательств по медицинскому лечению.