

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 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 نااہل 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 لائنز 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 نوٹیفکیشن (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 فرائض 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 جار بندسوں کے طور پر لکھا جانا چاہیے، 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 کھجوا پیدا کیا، اب ہلکی چیزوں کو جھکنے یا پکڑنے میں تکلیف ہوتی ہے)۔

**آئٹم 8:** عہدیدہ دیں کہ آیا کوئی آئٹم حادثے کا حصہ تھا اس کے علاوہ لائسنس 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:** عہدیدہ دیں کہ آیا اس حادثے میں لائسنس 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۔ لائسنس ہیلڈ نمبر شامل کریں (اگر معلوم ہو)۔ اگر آپ کی گاڑی شامل تھی تو اپنے آٹوموبائل نمہ داری انشورنس کیریئر کا نام اور پتہ بھریں۔ گر آپ نے محکمہ برائے موٹر گاڑیوں کے

فارم MV-104 (موٹر گاڑی کے حادثے کی رپورٹ) کا اندراج کروایا ہے، تو براہ کرم C-3 کے ہمراہ ایک نقل جمع کروائیں۔ یوں آپ کے لیے ممکنہ مراعات کے حصول کا عمل تیز تر ہو جائے گا۔

**آئٹم 10:** چیک کریں کہ آیا آپ نے اپنے آجر یا سیروائزر کو اپنی چوٹ یا بیماری کا نوٹس دیا ہے۔ اگر ایسا ہے تو عہدیدہ 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 آئیں:

**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 فرائض پر واپس نہیں آئے ہیں، تو آپ محدود ذمہ داری پر ہیں)۔

**آئٹم 3:** اگر آپ کام پر واپس آ گئے ہیں تو عہدیدہ 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۔ عہدیدہ دیں کہ آپ کتنی بار تنخواہ وصول کر رہے/ رہی ہیں (ہفتہ 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 اثرائی/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 لانسنس یافتہ نمائندہ ان کی نمائندگی کر سکتا ہے۔ اگر کسی اثرائی یا لانسنس 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 اثرائی یا لانسنس 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