

ریاست نیو یارک کا ورکرز کمپنیشن بورڈ، معذوری کے وظائف کا بیورو
فارم DB-450.1، غلطی نہ ہونے یا ذاتی چوٹ سے متعلق مدعی کا بیان

مدعی کے لیے ہدایات: اگر آپ چار (4) ہفتوں سے زیادہ بے روزگار رہنے کے بعد معذور ہوئے ہیں اور آپ نے فارم DB-450 پر ظاہر کیا ہے کہ آپ کی معذوری اس چوٹ کا نتیجہ ہو سکتی ہے جو آپ کو موثر گاڑی کے اس حادثے میں لگی جس میں آپ کی غلطی نہیں تھی یا فریق ثالث، یعنی کہ فرد، فرم، وغیرہ کی غفلت یا غلط عمل کے سبب لگی ہے تو یہ فارم مکمل کریں۔

قانون برائے معذوری کے وظائف کا سیکشن 227 وضاحت فراہم کرتا ہے کہ ورکرز کمپنیشن بورڈ کا چیئر آپ کو ادا کیے جانے والے وظائف کی رقم کی مد میں، آپ کو فریق ثالث سے آیا کسی فیصلے، تصفیے یا بصورت دیگر حاصل ہونے والی بازیابی کی کارروائیوں کے برعکس حق دعویٰ کر سکتا ہے۔

قانون بتاتا ہے کہ آپ معذوری کے وظائف کے حوالے سے اپنے حقوق سے محروم ہو سکتے ہیں اور آپ کو پہلے ہی ادا کی جانے والی ادائیگیوں کو ریفرنڈ کرنے کا آپ سے تقاضہ کیا جا سکتا ہے، اگر آپ:

1. قانون برائے معذوری کے وظائف کی جانب سے فراہم کردہ وظائف سے کم رقم پر، ورکرز کمپنیشن بورڈ کے چیئر کی تحریری رضامندی کے بغیر کسی فریق ثالث کے ساتھ تصفیہ قبول کرتے ہیں۔
2. کوئی باز نامہ یا فریق ثالث کے خلاف اپنے دعوے سے دستبرداری پر دستخط کیے ہوں، اس چیز سے قطع نظر کہ آیا آپ نے کوئی ادائیگی وصول کی ہے یا نہیں۔

آپ پر یہ فارم مکمل کرنا اور اسے اپنے مکمل کردہ DB-450 کے ساتھ جمع کروانا لازم ہے اس طرح آپ کے معذوری کے وظائف میں کوئی تاخیر نہیں ہو گی۔

| حادثے کے متعلق طلبگار کا بیان | |
|---|--|
| 1. حادثے کی تاریخ | 2. حادثے کا مقام (مکمل پتہ، شہر، ریاست، زپ فراہم کریں) |
| 3. حادثے کی وجہ: <input type="checkbox"/> موٹر گاڑی <input type="checkbox"/> کارکنان کے لیے زرتلاقی <input type="checkbox"/> دیگر | |
| 4. الف. کیا آپ نے کسی فریق کے خلاف کارروائی کا آغاز کیا ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں ب. اگر "نہیں"، کیا آپ ایسی کارروائی کا آغاز کرنے کا ارادہ رکھتے ہیں؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں اگر "ہاں"، براہ کرم فریق (یا فریقین) کا (کے) نام اور پتہ فراہم کریں: | |
| 5. اگر آپ نے کسی اٹارنی کی خدمات حاصل کی ہیں، تو براہ کرم درج ذیل معلومات فراہم کریں: اٹارنی کا نام اور پتہ | |
| فون #: _____ | |
| 6. کیا آپ نے چوٹ کے لیے کوئی تصفیہ قبول کیا ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں اگر "ہاں"، تو براہ کرم فراہم کریں: تصفیے کی رقم (\$) _____ تصفیے کی تاریخ: _____ | |
| 7. کیا آپ نے اپنے ذاتی بیمے یا صحت کے منصوبے کے علاوہ طبی نگہداشت کے لیے ادائیگی وصول کی ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں اگر "ہاں"، تو براہ کرم بیمہ کیریئر یا ادائیگی کرنے والے دوسرے فریق کا نام اور پتہ فراہم کریں | |
| موٹر گاڑی کا حادثہ - یہ سیکشن مکمل کریں اور MV-104، حادثے کی رپورٹ یا حادثے کی پولیس رپورٹ منسلک کریں | |
| 8. کیا آپ کوئی غلطی نہ ہونے پر بیمہ کے وظائف کا دعویٰ کر رہے/حاصل کر رہے ہیں یا دعویٰ کرنے/حاصل کرنے کا ارادہ رکھتے ہیں؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں کیا کوئی کمرشل گاڑی ملوث تھی: <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں اگر ہاں، تو کیا آپ فریق ثالث کی کارروائی کر رہے ہیں: <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں اگر "نہیں"، تو براہ کرم وضاحت کریں۔ وضاحت: _____ | |
| دیگر ذاتی چوٹ کے نقصانات جس میں فریق ثالث شامل ہو | |
| 9. کیا یہ فریق ایسی کارروائی کے لیے بیمہ یافتہ تھا؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں | |
| بیمہ کیریئر کا نام اور پتہ: | پالیسی #: _____ |
| 10. کیا آپ اس حادثے کے لیے بیمہ یافتہ تھے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں اگر "ہاں"، تو براہ کرم بیمہ کیریئر کا نام اور پتہ فراہم کریں | |
| پالیسی #: _____ | |
| میں بذریعہ ہذا تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ مذکورہ بیان، بشمول ساتھ موجود بیانات، میرے بہترین علم کے مطابق درست اور مکمل ہیں۔ | |
| طلبگار کے دستخط: | تاریخ: _____ |

