

دعوے کی معلومات - تمام تر مواصلت میں یہ نمبرز شامل ہونے چاہئیں

WCB کیس #: _____

چوٹ/بیماری کی تاریخ: _____

زخمی کارکن کی معلومات

اگر نیا پتہ ہے تو نشان زد کریں

آخری نام: _____ پہلا نام: _____ MI: _____

ڈاک کا پتہ: _____

لانن 2: _____

شہر: _____

ریاست: _____

زپ کوڈ: _____

ملک: _____

دن کے اوقات کا فون #: _____

ای میل ایڈریس: _____

سوشل سکیورٹی #: _____

تاریخ پیدائش: _____

صنف: مرد عورت مخنث

آجر کی معلومات

آجر کا نام: _____

ڈاک کا پتہ: _____

لانن 2: _____

شہر: _____

ریاست: _____

زپ کوڈ: _____

ملک: _____

آجر کا فون: _____

وفاقی ٹیکس ID #: _____

ٹیکس ID # یہ ہے (ایک کو نشان زد کریں): SSN EIN

اس درخواست کی وجہ - ہدایات: تمام قابل اطلاق خانوں کو نشان زد کریں۔ نشان زد کیے جانے والے ہر خانے کے لیے مطلوبہ اضافی فارمز، طبی رپورٹس، خطوط، وغیرہ منسلک کرنا یقینی بنائیں۔ اگر اضافی معلومات پہلے ہی جمع کروائی جا چکی ہیں تو انہیں منسلک نہ کریں، بلکہ اس فارم کے زیریں حصے میں موجود جگہ میں **فارم نمبر یا عنوان اور بورڈ کے پاس اسے جمع کروانے کی تاریخ فراہم کرنے کے ذریعے ان کی شناخت کی کوشش کریں۔ ذیل میں موجود فارم پر دستخط کریں اور تاریخ درج کریں۔

معاوضے کی ادائیگیاں:

a میں بتاریخ _____ سے کام نہیں کر رہا/رہی اور نہ ہی ادائیگیاں وصول کر رہا/رہی ہوں۔ معذوری کو ظاہر کرنے والی طبی دستاویزات درکار ہیں۔

تمام قابل اطلاق کو نشان زد کریں:

میں نے کام سے متعلقہ چوٹ کے حوالے سے ایک دعویٰ دائر کیا ہے۔

میرا آجر میری اجرتیں ادا نہیں کر رہا۔

میرے دعوے کو رد نہیں کیا گیا ہے۔

میں نے ایسا کوئی فیصلہ وصول نہیں کیا جو مجھے معاوضہ حاصل کرنے سے روکتا ہو۔

میں نے بیمہ کار کے ساتھ معاملہ حل کرنے کی کوشش کی ہے۔

b میری ادائیگیاں روک دی گئی یا کم کر دی گئی ہیں۔

c میں پوری تنخواہ پر بتاریخ _____ کو کام پر واپس آ گیا/گئی ہوں۔

d میں چوٹ لگنے سے پہلے جتنے پیسے کما رہا تھا/رہی تھی اب اس سے کم کما رہا/رہی ہوں۔ موجودہ ادائیگی کی رسید اور اپنے ڈاکٹر کی طبی رپورٹس منسلک کریں۔

e حادثے/چوٹ کی تاریخ پر میرے دو یا زائد آجریں تھے (متوازی ملازمت)۔

اپنی چوٹ سے پہلے کی مجموعی ہفتہ وار تنخواہ کا حوالہ اور ضائع شدہ مدت کے حوالے سے دوسرے آجر کا بیان منسلک کریں۔

f مجھے بتاریخ _____ کو قید سے رہا کر دیا گیا تھا اور میں ادائیگیاں وصول نہیں کر رہا/رہی۔

طبی معذوری کو ظاہر کرنے والی طبی رپورٹ اور حراست سے رہائی کے کاغذات منسلک کریں۔

g مجھے ادائیگی نہیں کی گئی جیسا کہ فیصلے میں ہدایت دی گئی تھی جسے اندراج کیا گیا تھا بتاریخ _____

طبی مسائل:

h بیمہ کار کی جانب سے میری پیشگی اجازت کی درخواست (PAR) رد کر دی گئی تھی۔ PAR کی تردید منسلک کریں۔

WCB کے فیصلے کے ذریعے جائزے کی درخواست صرف اس صورت میں کی جا سکتی ہے اگر:

تردید کا زمرہ انتظامی تھا یا دائرہ اختیار کے علاوہ تھا۔

ایسی دستاویزات منسلک کریں جو ظاہر کرتی ہوں کہ تردید غلط کیوں تھی۔

MTG کی خصوصی سروسز یا MTG متغیر PAR کی تردید طبی وجوہات کے باعث کی گئی تھی۔

PAR \$1,000 سے زیادہ کہ غیر MTG جزوی طور پر عنایتی کتنی۔

i میری ادویہ، پائیدار طبی سامان، MTG ویرینس یا MTG خصوصی سروسز PAR طبی ڈائریکٹر کے دفتر کی جانب سے مسترد کر دی گئیں یا جزوی طور پر فراہم کی گئی ہیں۔ بسلسلہ علاج "ٹوٹس برائے تصفیہ" منسلک کریں۔

j میری معذوری اب مستقل ہو چکی ہے۔ MMI/مستقل معذوری کے حوالے سے ڈاکٹر کی رپورٹ منسلک کریں (فارم C-4.3)۔

اگر حادثے کے وقت آپ کی عمر 25 سال سے کم تھی تو اس خانے کو نشان زد کریں۔

k میری طبی کیفیت تبدیل ہو گئی ہے۔ طبی فارمز منسلک کریں۔

l طبی اور آمدورفت کے حوالے سے میری باز ادائیگی کی درخواست رد کر دی گئی تھی یا اس کا تصفیہ نہیں کیا گیا ہے۔ رسیدیں اور فارم C-257 منسلک کریں۔



دیگر مسائل:

m. میرے پاس نئی معلومات ہیں اور/یا بورڈ کی جانب سے درخواست کردہ معلومات ہیں بمتعلق (دستاویزات منسلک کریں):

n. دیگر (ذیل میں موجود جگہ میں وضاحت کریں):

**دستاویز کے حوالے کی معلومات (تاریخ، نام/عنوان، فارم ID):

زخمی کارکن کے دستخط: _____ تاریخ: _____

بنام زخمی کارکن - اس فارم کا استعمال کرنے پر عمومی معلومات

جب آپ چاہتے ہوں کہ بورڈ آپ کے دعوے کے حوالے سے کوئی مخصوص کارروائی کرے، یا اگر آپ بورڈ کو کسی ایسے مسئلے یا صورتحال سے آگاہ کرنا چاہتے ہوں جو آپ کے دعوے کو متاثر کر رہی ہو تو آپ یہ فارم (RFA-1W) اور کوئی بھی منسلکات ورکرز کمپنیشن بورڈ کے پاس جمع کروا سکتے ہیں۔ زیادہ کثرت سے درخواست کردہ کارروائیوں/حالات میں سے اکثر کو یا تو معاوضے کی ادائیگی کے مسائل (انٹمز a تا g)، یا طبی مسائل (انٹمز h تا l) کے طور پر درج فہرست کیا گیا ہے، لیکن آپ ان درج فہرست تک محدود نہیں ہیں۔ تمام قابل اطلاق نشان زد کریں اور/یا فراہم کردہ جگہ (m یا n) میں اضافی معلومات یا وضاحت شامل کریں۔

فارم RFA-1W کے بالائی حصے میں شناخت کرنے والی معلومات مکمل کریں اور فارم کو، تمام قابل اطلاق معلومات منسلک کر کے، ارسال کریں بنام:

Workers' Compensation Board

PO Box 5205

Binghamton, NY 13902-5205

ای میل کے ذریعے جمع کروانے کے لیے ایڈریس: wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov

بورڈ آپ کے دعوے پر کارروائی کرتے وقت آپ سے اور تمام فریقین سے رابطہ کرے گا۔

*نشان زد کیے جانے والے ہر خانے کے بعد آپ بڑے حروف تہجی میں درکار معلومات دیکھیں گے۔ مثال کے طور پر، اگر آپ بورڈ کو یہ بتا رہے ہیں کہ آپ کی معذوری اب مستقل ہو گئی ہے (خانہ j)، تو درکار معلومات، MMI/مستقل معذوری کے حوالے سے ڈاکٹر کی رپورٹ (فارم C-4.3) ہے۔

آپ پر لازم ہے کہ اس فارم کی ایک نقل بیمہ کار (بیمہ کاران)، یا آجر کو براہ راست یا اگر آجر ذاتی بیمہ یافتہ ہے تو اس کے فریق ثالث منتظم کو ارسال کریں۔

اگر آپ کے کوئی دیگر خدشات ہیں، تو آپ بورڈ کے ایڈووکیٹ برائے زخمی کارکنان سے **(800) 580-6665** پر رابطہ کر سکتے ہیں۔ بورڈ کی دیگر سروسز کے حوالے سے اضافی معلومات بورڈ کی ویب سائٹ سے حاصل کی جا سکتی ہیں: www.wcb.ny.gov۔ اگر آپ ان لائن اپنے دعوے کی پیروی کرنا چاہیں، تو آپ eCase لنک کے تحت بورڈ کی ویب سائٹ پر رجسٹریشن کے لیے دستیاب ہدایات استعمال کر کے eCase کے لیے رجسٹر ہو سکتے/سکتی ہیں۔

آپ کو قانونی نمائندگی کا حق حاصل ہے۔ ورکرز کمپنیشن کے دعوے میں نمائندگی کے عوض وکیل آپ سے براہ راست معاوضہ نہیں لے سکتا۔ اگر آپ کے دعوے میں کسی رقم کی ادائیگی شامل ہے، تو کسی بھی قانونی فیس کی درخواست کو بورڈ کی جانب سے منظور کیا جانا لازم ہے اور آپ کے بیمہ کار کی جانب سے آپ کو ادا کی جانے والی رقم میں سے اس کی کٹوتی کی جائے گی اور وکیل کو براہ راست ادا کی جائے گی۔

طبی معالجہ - دوا/پائیدار طبی ساز و سامان/معالجہ/ٹیسٹ - یہ فارم اس وقت استعمال کیے جانے کے لیے ہے جب آپ کی طبی درخواست رد کر دی گئی ہو اور آپ خانہ h میں درج فہرست کسی بھی وجہ کے حوالے سے بورڈ سے مدد کی درخواست کر رہے/رہی ہوں۔ اگر پیشگی اجازت کی ابھی تک درخواست نہیں کی گئی اور اس کی ضرورت ہے، تو آپ کے نگہداشت صحت فراہم کنندہ پر پیشگی اجازت کی درخواست (PAR) جمع کروانا لازم ہے۔ پیشگی اجازت کی درخواستوں یا غیر ادا کردہ طبی بلز کے حوالے سے معلومات WCB کی ویب سائٹ www.wcb.ny.gov پر تلاش کی جا سکتی ہیں۔

ایسا کوئی بھی شخص جو دانستہ طور پر اور دھوکا دہی کے مقصد سے کسی غلط مواد پر مبنی بیان پر مشتمل کسی بھی معلومات کو پیش کرتا ہے، پیش کرنے کی وجہ بنتا ہے، یا اس علم یا یقین کے ساتھ تیار کرتا ہے کہ اسے کسی بیمہ کار، یا ذاتی بیمہ کار کو یا ان کی جانب سے پیش کیا جائے گا یا کسی اہم حقیقت کو چھپاتا ہے، تو ایسا شخص جرم کا مرتکب ہو گا اور بھاری جرمانوں اور قید کی سزا کا مستحق ہو گا۔

اطلاع بمطابق نیو یارک کا قانون برائے ذاتی رازداری کی حفاظت (قانون برائے عوامی افسران آرٹیکل 6-A) اور 1974 کا وفاقی ایکٹ برائے رازداری (5 U.S.C. § 552a)، ورکرز کمپنیشن بورڈ (بورڈ) کا مدعیان سے ان کے سوشل سکیورٹی نمبر سمیت ذاتی معلومات فراہم کرنے کی درخواست کرنے کا اختیار، ورکرز کمپنیشن کے قانون (WCL) § 20 کے تحت بورڈ کے تقنینی اختیار، اور WCL § 142 کے تحت اس کے انتظامی اختیار سے اخذ کیا گیا ہے۔ اس معلومات کو نہایت موزوں انداز میں دعوؤں کی تقنین اور ان کا نظم کرنے میں بورڈ کی معاونت اور دعوے کے درست ریکارڈز برقرار رکھنے میں اس کی مدد کے لیے جمع کیا جاتا ہے۔ بورڈ کو اپنا سوشل سکیورٹی نمبر فراہم کرنا رضاکارانہ ہے۔ اس فارم پر اپنا سوشل سکیورٹی نمبر فراہم کرنے میں ناکامی کی کوئی سزا نہیں؛ اس کا نتیجہ آپ کے دعوے کے رد ہونے یا وظائف میں کمی کی صورت میں نہیں نکلے گا۔ بورڈ اپنی تحویل میں موجود تمام ذاتی معلومات کی رازداری کی حفاظت کرے گا، ان کا انکشاف صرف اپنے سرکاری فرائض میں اعانت کے لیے اور قابل اطلاق ریاستی اور وفاقی قانون کے مطابق کرے گا۔