

ولاية نيويورك
مجلس تعويض العمال

إخطار حق اختيار مقدم الرعاية الصحية المُعتمد من مجلس تعويض العمال

اسم الموظف المصاب	رقم الضمان الاجتماعي للموظف المصاب	تاريخ الحادث
اسم صاحب العمل وعنوانه		

إلى الموظف المصاب:

بخصوص علاج الإصابة أو المرض ذات الصلة بعملك، يجوز لك اختيار أي من الأطباء، أو اختصاصيي علاج القدم، أو اختصاصيي تقويم العظام أو الأطباء النفسيين (لدى الإحالة من طبيب مُعتمد) المُعتمدين من مجلس تعويض العمال والذين يقبلون مرضى تعويض العمال.

بينما يجوز لك اختيار استخدام شبكة أو مقدم رعاية موصى به من قبل صاحب العمل أو شركة تأمين تعويض العمال التي يتبعها أو السماح لصاحب العمل الخاص بك باختيار مقدم رعاية نيابة عنك، يجوز لك، في أي وقت، تغيير مقدم الرعاية الصحية الخاص بك بدون الإضرار بمطالبة الاستحقاقات التأمينية الخاصة بتعويض العمال.

توقيع الموظف المصاب التاريخ توقيع الشاهد التاريخ التاريخ

الرجاء ملاحظة: ليس من الضروري بالنسبة لك التوقيع على نموذج الموافقة هذا إذا كان صاحب العمل (1) يشارك في منظمة مقدم رعاية مُفضَّل معتمدة (PPO) بموجب المادة 10-A من قانون تعويض العمال، أو (2) يشارك في البرنامج التجريبي لفض النزاع البديل (ADR) بموجب القسم 25 (2-c) من قانون تعويض العمال. ووفقًا لهذه البرامج القانونية، باستثناء حالات الطوارئ، يجب أن تحصل على علاج أولي على الأقل لأي إصابة أو مرض يستوجب تعويض العمال من الشبكة (الشبكات) المعتمدة أو مقدمي الرعاية المُعتمدين من قبل صاحب العمل.

إلى صاحب العمل:

يجب على صاحب العمل تزويد الموظف المصاب المذكور أعلاه بنسخة من هذا النموذج المُوقَّع والاحتفاظ بالنموذج الأصلي في سجلات صاحب العمل حيث يجوز لمجلس تعويض العمال فحصه في أي وقت. لا يُقدَّم هذا النموذج إلى مجلس تعويض العمال ولا يتم تنفيذه قبل حدوث إصابة أو مرض متعلق بعمل هذا الموظف.

يوظَّف مجلس تعويض العمال ذوي الإعاقة ويقدم خدماته إليهم دون تمييز.

**State of New York
WORKERS' COMPENSATION BOARD**

**Notice of Right to Select a Workers' Compensation Board Authorized
Health Care Provider**

Injured Employee's Name	Injured Employee's Social Security No.	Date of Accident
Employer's Name and Address		

To the Injured Employee:

For the treatment of your work-related injury or illness, you may choose any physician, podiatrist, chiropractor, or psychologist (upon referral from an authorized physician) who is Workers' Compensation Board authorized and who is accepting workers' compensation patients.

While you may choose to utilize a network or provider which is recommended by your employer or its workers' compensation insurance carrier or to permit your employer to select a provider on your behalf, you may, at any time, change your health care provider without jeopardizing your workers' compensation claim for benefits.

Signature of Injured Employee

Date

Signature of Witness

Date

Please note: It is not necessary for you to sign this consent form if your employer is (i) participating in a certified preferred provider organization (PPO) under Article 10-A of the Workers' Compensation Law, or (ii) participating in the alternative dispute resolution (ADR) pilot program under section 25(2-c) of the Workers' Compensation Law. In accordance with these statutory programs, except in emergency situations, you must obtain at least initial treatment for any workers' compensation injury or illness from the certified network(s) or providers designated by your employer.

To the Employer:

The employer shall provide the above-named injured employee with a copy of this signed form and shall maintain the original form in the employer's records where it may be inspected by the Workers' Compensation Board at any time. This form shall not be submitted to the Workers' Compensation Board nor shall it be executed prior to the occurrence of this employee's work-related injury or illness.

The Workers' Compensation Board employs and serves people with disabilities without discrimination.