

**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

**NINIEJSZYM ZWRACAMY UWAGĘ, ŻE W PRZYPADKU NIESKUTECZNEGO ZŁOŻENIA WNIOSKU, NIEUZNANIA ROSZCZENIA O ODSZKODOWANIE LUB W RAZIE ZATWIERDZENIA POROZUMIENIA ZGODNEGO Z §32 PRZEPISÓW DOTYCZĄCYCH ODSZKODOWAŃ ZA WYPADKI PRZY PRACY (WCL) OSOBA POSZKODOWANA MOŻE PONIEŚĆ KOSZTY USŁUG MEDYCZNYCH**

NR SPRAWY WCB (jeżeli jest znany)	NR SPRAWY UBEZPIECZYCIELA (jeżeli jest znany)	DATA POWSTANIA URAZU	CHARAKTER URAZU LUB CHOROBY	NR UBEZPIECZENIA SPOŁ. POSZKODOWANEGO
WNIOSKODAWCA	IMIĘ I NAZWISKO	ADRES		NR LOKALU
PRACODAWCA				
TOWARZYSTWO UBEZPIECZENIOWE				

Osoba poszkodowana może zostać obciążona kosztami leczenia choroby lub stanu, jakie prowadzi dostawca usług medycznych wymieniony powyżej, jeżeli (1) wniosek o odszkodowanie pracownicze zostanie odrzucony lub (2) Komisja ds. Odszkodowań Pracowniczych uzna, że choroba lub stan wymagający leczenia nie jest wynikiem wypadku przy pracy uprawniającego do uzyskania odszkodowania ani też nie wynika z choroby zawodowej, lub (3) jeżeli osoba poszkodowana wyraziła na podstawie §32 WCL zgodę na zrzeczenie się prawa do uzyskania świadczeń medycznych od ubezpieczyciela wypłacającego odszkodowania pracownicze/od pracodawcy samoubezpieczonego za leczenie/usługi świadczone po dacie zatwierdzenia zgody na rezygnację ze świadczeń. Jeżeli zachodzi jedna z powyższych okoliczności, dostawca usług medycznych może bezpośrednio obciążyć kosztami leczenia osobę poszkodowaną, nie zaś pracodawcę lub ubezpieczyciela. Osoba poszkodowana będzie wówczas odpowiedzialna za uregulowanie należności z tytułu zrealizowanych usług wobec ich dostawcy.

Niniejszym oświadczam, że przeczytałem(-am) powyższe informacje i rozumiem okoliczności, w przypadku zaistnienia których mogę być zobligowany(-a) do uregulowania płatności.

Podpis wnioskodawcy \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Nazwa i adres usługodawcy \_\_\_\_\_

**INFORMACJE DLA WNIOSKODAWCY**

Wydane przez Komisję ds. Odszkodowań Pracowniczych uregulowanie prawne 325-1.23 zezwala lekarzowi lub terapeutce na poproszenie pacjenta o podpisanie niniejszego formularza powiadomienia A-9. Poprzez złożenie podpisu pod niniejszym dokumentem osoba poszkodowana potwierdza swoje zobowiązanie do uregulowania wobec dostawcy usług medycznych należności za te usługi w sytuacji, gdy prawo nie wymaga od pracodawcy lub ubezpieczyciela wypłacającego odszkodowania pracownicze uiszczenia takiej zapłaty i gdy takie opłaty za usługi medyczne nie są pokrywane z tytułu innego ubezpieczenia. Pracodawca lub ubezpieczyciel może nie być zobowiązany do uregulowania należności za usługi medyczne świadczone przez lekarza, jeżeli na przykład osoba poszkodowana nie złoży wniosku o odszkodowanie pracownicze lub będzie on nieskuteczny, lub jeżeli osoba poszkodowana nie powiadomi pracodawcy o doznanym urazie lub chorobie bądź też nie stawi się na wezwanie Komisji w przypadku, gdy pracodawca tej osoby zakwestionuje jej prawo do otrzymania odszkodowania. Nawet w przypadku spełnienia wszystkich wymogów niezbędnych do zgłoszenia i rozpatrzenia roszczenia Komisja ds. Odszkodowań Pracowniczych może wydać decyzję o nieprzyznaniu odszkodowania. W takich przypadkach niniejszy formularz powiadomienia dostawcę usług medycznych świadczonych wobec osoby poszkodowanej o tym, iż ma ona świadomość ciężącego na niej obowiązku uregulowania należności za te usługi.

**Prawo dotyczące odszkodowań za wypadki przy pracy, sekcja 32.**

Formularz powiadomienia A-9 dotyczy również przypadków, w których wnioskodawca pomimo toczącej się sprawy o odszkodowanie pracownicze dochodzi do porozumienia ze swoim pracodawcą lub ubezpieczycielem i zawiera z nim ugodę, zgodnie z sekcją 32 WCL. Porozumienie w oparciu o sekcję 32 może obejmować postanowienie, które zwalnia pracodawcę lub ubezpieczyciela od odpowiedzialności za opłacenie rachunków za przyszłe usługi medyczne związane z wypadkiem. Dostawca usług medycznych świadczonych na rzecz osoby poszkodowanej może poprosić ją o podpisanie niniejszego formularza A-9 w celu uzyskania z jej strony zapewnienia o przyjęciu przez nią odpowiedzialności za opłacenie rachunków za te usługi w przypadku zrzeczenia się przez nią prawa do uzyskania przyszłych świadczeń medycznych w oparciu o porozumienie zawarte na podstawie sekcji 32.

W razie pytań prosimy o skontaktowanie się z prawnikiem lub licencjonowanym przedstawicielem (jeżeli jest). Istnieje również możliwość skontaktowania z lokalnymi okręgowym biurem Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych.

**INFORMACJE DLA DOSTAWCY USŁUG MEDYCZNYCH**

Niniejszy formularz służy powiadomieniu wnioskodawcy ubiegającemu się o odszkodowanie pracownicze o ewentualnej konieczności opłacenia przez niego kosztów leczenia. Odmowa podpisania niniejszego formularza nie zwalnia dostawcy od obowiązku leczenia wnioskodawcy ani nie neguje jego odpowiedzialności za opłacenie rachunków za leczenie.

Oryginał formularza należy wprowadzić do akt, natomiast kopię przekazać wnioskodawcy. **Formularza nie należy wysyłać do Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych.** Dostawca usług medycznych otrzyma powiadomienia o podjętej decyzji, w których znajdzie się informacja o przyznaniu odszkodowania, zatwierdzeniu leczenia lub opłaceniu kosztów leczenia. Dostawca usług medycznych zostanie również powiadomiony o fakcie złożenia przez wnioskodawcę prośby o zatwierdzenie przez Komisję porozumienia zawartego na podstawie sekcji 32. Nie należy wystawiać wnioskodawcy rachunku do chwili otrzymania decyzji Komisji stwierdzającej, że 1) wnioskodawca złożył nieskutecznie lub nie złożył wniosku, lub 2) wniosek został odrzucony, lub 3) leczenie nie jest przyczynowo powiązane z urazem odniesionym w pracy bądź też 4) zatwierdzono porozumienie zawarte na podstawie sekcji 32 zwalniające ubezpieczyciela od odpowiedzialności za uregulowanie należności za leczenie.