

**УВЕДОМЛЕНИЕ О ВОЗМОЖНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В СЛУЧАЕ НЕПОДАЧИ ИЛИ ОТКЛОНЕНИЯ ЗАЯВКИ НА КОМПЕНСАЦИЮ ИЛИ УТВЕРЖДЕНИЯ СОГЛАШЕНИЯ В СООТВЕТСТВИИ С §32 WCL**

НОМЕР ДЕЛА WCB (если известно)		НОМЕР ЗАЯВКИ АДМИНИСТРАТОРА ЗАЯВОК (если известно)	ДАТА ТРАВМЫ	ХАРАКТЕР ТРАВМЫ ИЛИ ЗАБОЛЕВАНИЯ	НОМЕР СОЦ. СТРАХ. ЗАЯВИТЕЛЯ
ЗАЯВИТЕЛЬ		ИМЯ И ФАМИЛИЯ		АДРЕС	№ КВ.
РАБОТОДАТЕЛЬ					
СТРАХОВЩИК					

На вас может быть возложена ответственность за оплату расходов на медицинское лечение вашего заболевания или состояния у указанного ниже поставщика медицинских услуг, если 1) вы не подали заявку на компенсацию работнику или 2) Совет по компенсациям работникам установил, что заболевание или состояние, потребовавшее лечения, не было результатом компенсируемого производственного несчастного случая или профессионального заболевания, или 3) если вами заключено соглашение, утвержденное в соответствии с §32 Закона о компенсациях работникам (WCL), в котором вы отказываетесь от своего права на медицинские льготы от страховщика по компенсациям работникам или самозастрахованного работодателя на лечение или услуги, полученные после даты утверждения соглашения. Если выполнено любое из вышеуказанных условий, поставщик медицинских услуг может прислать счет напрямую вам, а не работодателю или страховщику, и вы обязаны будете оплатить услуги, оказанные поставщиком.

Я настоящим подтверждаю, что я прочитал(а) вышеприведенный текст и понимаю обстоятельства, в которых на меня может быть возложена ответственность за оплату.

Подпись заявителя \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Имя и адрес поставщика \_\_\_\_\_

**ДЛЯ ЗАЯВИТЕЛЯ**

Согласно постановлению Совета по компенсациям работникам № 325-1.23, поставщик медицинских услуг может попросить вас подписать данное уведомление по форме А-9. Подписывая данное уведомление, вы признаете свое обязательство оплатить полученные вами услуги поставщика, если выяснится, что нет юридических оснований для оплаты таких услуг вашим работодателем или его страховщиком по компенсациям работникам и если такая оплата не покрывается другим страхованием. Работодатель или страховщик не обязан оплачивать услуги поставщика, если, например, вы не подали заявку на компенсацию работнику или не уведомили вашего работодателя о своей травме или заболевании или если вы не явились на слушание Совета в случае, если ваш работодатель опротестовал ваше право на пособие. Даже если вы предпримите все необходимые действия, чтобы подать заявку, Совет по компенсациям работникам может определить, что вы не имеете права на льготы. В таких случаях данное уведомление информирует вашего поставщика медицинских услуг о том, что вы признаете свое личное обязательство оплатить его счета.

**Закон о компенсациях работникам, раздел 32.**

Уведомление по форме А-9 также распространяется на случаи, когда заявитель, имеющий действующую заявку на компенсацию работнику, заключает соглашение со своим работодателем или его страховщиком, урегулировав дело в соответствии с разделом 32 Закона о компенсациях работникам. Соглашение в соответствии с разделом 32 может включать положение, освобождающее работодателя или страховщика от обязанности оплачивать будущие медицинские счета, связанные с данным делом. Ваш поставщик медицинских услуг может попросить вас подписать данное уведомление по форме А-9, чтобы гарантировать, что вы признаете свое личное обязательство оплачивать его счета в случае, если вы в соглашении в соответствии с разделом 32 отказались от своего права на будущие медицинские льготы.

Если у вас есть вопросы, обратитесь к своему адвокату или лицензированному представителю на слушаниях (если имеется). Вы также можете обратиться в местный офис Совета по компенсациям работникам.

**ДЛЯ ПОСТАВЩИКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Это уведомление информирует заявителя на получение компенсации работнику о том, что на него может быть возложена ответственность за оплату услуг. В случае если заявитель не подпишет эту форму, поставщик не освобождается от обязанности лечить заявителя, а заявитель не освобождается от ответственности за оплату счетов.

Сохраните у себя оригинал данной формы и вручите копию заявителю. **Не отправляйте ее в Совет по компенсациям работникам.** Вы будете получать уведомления о решениях, в которых содержится информация о назначении компенсации по заявке, разрешении на лечение и оплате медицинских счетов. В также получите уведомление, если заявитель подаст в Совет для утверждения соглашения в соответствии с разделом 32. Выставляйте заявителю счет только в том случае и после того, когда вы получите решение Совета о том, что 1) заявитель не подал заявку, или 2) заявка отклонена, или 3) лечение не имеет причинно-следственной связи с производственной травмой, или 4) утверждено соглашение в соответствии с разделом 32, освобождающее страховщика от ответственности за оплату медицинского лечения.