

عمل کاری میں تاخیر سے بچنے کے لیے صفحہ 2 پر ہدایات بغور پڑھیں۔ آپ پر حصہ A میں موجود تمام سوالات اور حصہ B میں 1 سے لے کر 3 تک کے سوالات کا جواب دینا لازم ہے۔ نگہداشت صحت کے فراہم کنندگان پر صفحہ 2 پر حصہ B مکمل کرنا لازم ہے۔

حصہ A - دعویدار کی معلومات (براہ کرم پرنٹ یا ٹائپ کریں)

1. آخری نام: \_\_\_\_\_ پہلا نام: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_
2. خط و کتابت کا پتہ (اسٹریٹ اور اپارٹمنٹ #): \_\_\_\_\_
3. دن کے اوقات کا فون #: \_\_\_\_\_ ای میل ایڈریس: \_\_\_\_\_
4. سوشل سکیورٹی #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 5. تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 6. صنف:  مرد  عورت  مخنث
7. اپنی معذوری کی وضاحت کریں (اگر چوٹ ہے، تو براہ کرم بیان کریں کہ کیسے، کب اور کہاں یہ پیش آئی): \_\_\_\_\_
8. آپ کے معذور ہونے کی تاریخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ کیا آپ نے اس دن کام کیا تھا؟  ہاں  نہیں
9. معذوری سے پیشتر آخری آجر کا نام۔ اگر گزشتہ آٹھ (8) ہفتوں میں ایک سے زیادہ آجر رہے ہیں، تو تمام آجرین کے نام بتائیں۔ اوسط ہفتہ وار اجرت کام کے گزشتہ آٹھ (8) ہفتوں میں حاصل کردہ تمام تر اجرتوں پر مبنی ہے۔

اوسط ہفتہ وار اجرت (بشمول بونسز، ٹیس، کمیشنز، بورڈ کی موزوں قدر، کرایہ، وغیرہ)	ملازمت کی مدت		معذوری سے پہلے آخری آجر		
	کام کا آخری دن	پہلا دن	فون نمبر	پتہ	فرم یا ٹریڈ کا نام
	ماہ دن سال	ماہ دن سال			
اوسط ہفتہ وار اجرت (بشمول بونسز، ٹیس، کمیشنز، بورڈ کی موزوں قدر، کرایہ، وغیرہ)	ملازمت کی مدت		دوسرا آجر (گزشتہ آٹھ (8) ہفتوں کے دوران)		
	کام کا آخری دن	پہلا دن	فون نمبر	پتہ	فرم یا ٹریڈ کا نام
	ماہ دن سال	ماہ دن سال			
	ماہ دن سال	ماہ دن سال			

10. میری ملازمت ہے یا تھی: \_\_\_\_\_ 11. یونین ممبر:  ہاں  نہیں اگر "ہاں": \_\_\_\_\_

یونین کا نام یا مقامی نمبر

12. کیا آپ اس معذوری سے پہلے بے روزگاری کے وظیفے کا دعویٰ یا اسے حاصل کر رہے تھے؟  ہاں  نہیں

اگر آپ نے دعویٰ نہیں کیا یا اگر آپ نے دعویٰ کیا تھا لیکن آخری دن کام کرنے کے بعد بھی بے روزگاری کے بیمے کے وظائف حاصل نہیں کیے، تو وجوہات کی تفصیل سے وضاحت کریں: \_\_\_\_\_

اگر آپ نے بے روزگاری کے وظائف حاصل کیے تھے، تو تمام حاصل کردہ مدتوں کا ریکارڈ فراہم کریں: \_\_\_\_\_

13. اس دعوے کے ذریعے احاطہ کردہ معذوری کی مدت کے لیے: \_\_\_\_\_

A. کیا آپ اجرتیں، تنخواہ یا بصورتِ علیحدگی ادائیگی وصول کر رہے ہیں؟  ہاں  نہیں

B. کیا آپ درج ذیل وصول کر رہے یا ان کا دعویٰ کر رہے ہیں:

1. بے روزگاری کے وظائف؟  ہاں  نہیں 2. بامعاوضہ خاندانی رخصت؟  ہاں  نہیں

3. ورکرز کمپنیشن برائے کام سے متعلقہ معذوری؟  ہاں  نہیں

4. بغیر خطا کے موثر گاڑی کا حادثہ؟  ہاں  نہیں یا ذاتی چوٹ جس میں فریق ثالث ملوث ہو؟  ہاں  نہیں

5. اس معذوری کے لیے فیڈرل سوشل سکیورٹی ایکٹ کے تحت طویل مدتی معذوری کے وظائف؟  ہاں  نہیں

اگر 13 میں سے کسی بھی چیز پر "ہاں" نشان زد ہو، تو درج ذیل مکمل کریں:

میں نے:  وصول کیا  دعویٰ کیا بتاریخ: \_\_\_\_\_ بسلسلہ مدت: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ تا: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

14. آپ کی معذوری کا آغاز ہونے سے پہلے کے سال (52 ہفتوں) میں، کیا آپ نے معذوری کی دیگر مدتوں کے لیے معذوری کے وظائف حاصل کیے ہیں؟  ہاں  نہیں

اگر ہاں، تو ادائیگی کی گئی منجانب: \_\_\_\_\_ بتاریخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ تا: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

15. آپ کی معذوری کا آغاز ہونے سے پہلے کے سال (52 ہفتوں) میں، کیا آپ نے بامعاوضہ خاندانی رخصت حاصل کی تھی؟  ہاں  نہیں

اگر ہاں، تو ادائیگی کی گئی منجانب: \_\_\_\_\_ بتاریخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ تا: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

16. اگر آپ ملازمت پر ہوتے ہوئے یا اپنے کام کے آخری دن سے لے کر چار ہفتوں کے اندر معذور ہو گئے ہیں، تو کیا آپ کے آجر نے آپ کے نوٹس یا معذوری کے فارمز کے لیے درخواست کے 5 دنوں کے اندر معذوری کے قانون کے تحت آپ کو آپ کے حقوق فراہم کیے تھے؟  ہاں  نہیں

میں بذریعہ بُدا معذوری کے وظائف کا دعویٰ کرتا ہوں اور تصدیق کرتا ہوں کہ میں اس مدت تک معذوری میں مبتلا تھا جس کا احاطہ اس دعوے کے ذریعے کیا گیا ہے۔ میں نے اس فارم کے صفحہ 2 پر موجود ہدایات پڑھی ہیں اور یہ کہ مذکورہ بیانات، بشمول ساتھ منسلک کردہ کوئی بیانات، میرے بہترین علم کے مطابق، درست اور مکمل ہیں۔

تاریخ

دعویدار کے دستخط

کوئی بھی فرد دعویدار کی طرف سے صرف اس صورت میں دستخط کر سکتا ہے کہ اگر وہ ایسا کرنے کا قانونی مجاز ہو اور دعویدار نابالغ ہو، دماغی طور پر ناقابل یا عاجز ہو۔ اگر دعویدار کے علاوہ کسی اور فرد کی جانب سے دستخط کیے گئے ہیں، تو ذیل میں معلومات پرنٹ کریں اور فارم OC-110A، ورکرز کمپنیشن ریکارڈز کو ظاہر کرنے کے لیے دعویدار کی اجازت جمع کروائیں۔

**حصہ B - نگہداشت صحت کے فراہم کنندگان کا بیان (براہ کرم پرنٹ یا ٹائپ کریں)**

نگہداشت صحت کے فراہم کنندہ کا بیان مکمل طور پر کیا جانا لازم ہے۔ موقع پر موجود نگہداشت صحت کا فراہم کنندہ مکمل کرے گا اور اس فارم کے وصول ہونے کے سات (7) دنوں کے اندر دعویدار کو واپس کرے گا۔ اتم 7-d کے حوالے سے، آپ پر متوقع تاریخ دینا لازم ہے۔ اگر معذوری کی وجہ حمل ہو یا اس کے نتیجے میں سامنے آئی ہو، تو اتم 7-e میں ترسیل کی متوقع تاریخ درج کریں: نامکمل جوابات وظائف کی ادائیگی میں تاخیر پیدا کر سکتے ہیں۔

1. آخری نام: \_\_\_\_\_ پہلا نام: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_
2. صنف:  مرد  عورت  مخنث 3- تاریخ پیدائش: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
4. تشخیص/تجزیہ: \_\_\_\_\_
- a. دعویدار کی علامات: \_\_\_\_\_
- b. غیر جانبدارانہ نتائج: \_\_\_\_\_
5. دعویدار اسپتال میں زیر علاج رہا؟  ہاں  نہیں بتاریخ: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ تا: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
6. آپریشن ظاہر کیا گیا تھا؟  ہاں  نہیں a. نوعیت \_\_\_\_\_ b. تاریخ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

7. درج ذیل کے حوالے سے تاریخیں درج کریں	ماہ	دن	سال
a. اس معذوری کے لیے آپ کے پہلے علاج کی تاریخ			
b. اس معذوری کے لیے آپ کے حالیہ ترین علاج کی تاریخ			
c. وہ تاریخ جب سے دعویدار اس معذوری کے سبب کام کرنے سے قاصر ہوا			
d. وہ تاریخ جب دعویدار دوبارہ کام انجام دینے کے قابل ہو گا (حتیٰ کہ اگر قابل غور سوال موجود ہو تو، تاریخ کی پیش بینی کریں۔ اصطلاحات جیسا کہ نامعلوم یا غیر تعین شدہ کے استعمال سے اجتناب کریں۔)			
e. اگر حمل سے متعلق ہے، تو براہ کرم خانے کو نشان زد کریں اور زچگی کی <input type="checkbox"/> متوقع تاریخ یا <input type="checkbox"/> زچگی کی اصل تاریخ درج کریں			

8. آپ کی رائے میں، کیا یہ معذوری ملازمت کی وجہ سے سامنے آنے والی اور اس کے دوران لگنے والی چوٹ کا نتیجہ ہے یا پیشے سے ہونے والی بیماری ہے؟  ہاں  نہیں اگر "ہاں"، تو کیا فارم C-4 بورڈ کو جمع کروایا گیا ہے؟  ہاں  نہیں

میں تصدیق کرتا ہوں کہ میں:

لائسنس نمبر

ریاست میں لائسنس یافتہ یا سند یافتہ ہوں

(فریڈن، کانروپرکٹر، ٹینسٹ، پوڈیٹرسٹ، ماہر نفسیات، نرس-مڈ وانف) ہوں

تاریخ

نگہداشت صحت فراہم کنندہ کے دستخط

نگہداشت صحت فراہم کنندہ کا پرنٹ کردہ نام

فون #

نگہداشت صحت فراہم کنندہ کا پتہ

اہم نوٹس برائے دعویدار - ان ہدایات کو بغور پڑھیں

براہ کرم نوٹ کریں: اپنی معذوری کی پہلی تاریخ سے پہلے اس فارم پر تاریخ درج نہ کریں اور نہ ہی اسے جمع کروائیں۔ آپ کے دعوے پر عمل کاری کے لیے حصہ A اور B کو مکمل کرنا لازم ہے۔

1. اگر آپ یہ فارم استعمال کر رہے ہیں کیونکہ آپ ملازمت پر ہوتے ہوئے معذور ہو گئے تھے یا آپ اپنی ملازمت سے سبکدوشی کے بعد چار (4) ہفتوں کے اندر معذور ہو گئے تھے، تو آپ کا مکمل کردہ دعویٰ آپ کے آجر یا آپ کے آخری آجر کے بیمہ کیریئر کو آپ کی معذوری کی پہلی تاریخ کے تیس (30) دنوں کے اندر بذریعہ ڈاک ارسال کیا جانا چاہیے۔ آپ ورکرز کمپنیشن بورڈ کی ویب سائٹ، [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov) پر، آجر کی کوریج کی تلاش استعمال کر کے اپنے آجر کا معذوری کا بیمہ کیریئر تلاش کر سکتے ہیں۔

2. اگر آپ یہ فارم اس لیے استعمال کر رہے ہیں کیونکہ آپ چار (4) سے زائد ہفتے بے روزگار رہنے کے بعد معذور ہوئے تھے، تو آپ کا مکمل کردہ دعویٰ اس پتے پر لازمی ارسال ہو: 13.B.3 کا جواب "ہاں" دیا ہے، تو براہ کرم فارم DB-450.1 مکمل اور منسلک کریں۔

اگر آپ نے 45 دنوں کے اندر کوئی جواب موصول نہیں کیا یا اگر آپ کے اپنی معذوری کے وظائف کے متعلق سوالات ہیں، تو براہ کرم اپنے آجر کے بیمہ کیریئر کو کال کریں۔ معذوری کے وظائف کے حوالے سے عمومی معلومات کے لیے، براہ کرم [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov) ملاحظہ کریں یا بورڈ کے معذوری کے وظائف کے بیورو کو 632-4996 (877) پر کال کریں۔

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 دعویداروں سے ان کے سوشل سکیورٹی نمبر سمیت، ذاتی معلومات فراہم کرنے کی درخواست کرنے کا اختیار، ورکرز کمپنیشن کے قانون 20 (WCL) کے تحت بورڈ کے تفتیشی اختیار، اور WCL § 142 کے تحت اس کے انتظامی اختیار سے اخذ کیا گیا ہے۔ اس معلومات کو نہایت موزوں انداز میں دعووں کی تفتیش 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 مسترد 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۔

**HIPAA نوٹس** - ورکرز کمپنیشن کے دعوے یا معذوری کے وظائف کے دعوے کا فیصلہ کرنے کے لیے، WCL 13-a(4)(a) اور 12 NYCRR 325-1.3 نگہداشت صحت کے فراہم کنندگان سے تقاضا کرتے ہیں کہ بورڈ اور بیمہ کیریئر یا آجر کو علاج کی طبی رپورٹس باقاعدگی سے جمع کروائیں۔ 45 CFR 164.512 کے مطابق یہ قانونی طور پر درکار طبی رپورٹس صحت کی معلومات کے انکشاف کے حوالے سے HIPAA تحدیدات سے مستثنیٰ ہیں۔

**معلومات کا انکشاف:** بورڈ آپ کی رضامندی کے بغیر آپ کے کیس کے متعلق کوئی بھی معلومات کسی بھی غیر مجاز فریق پر منکشف نہیں کرے گا۔ اگر آپ ایسی کسی معلومات کا کسی غیر مجاز فریق پر انکشاف کے جانے کا انتخاب کریں، تو آپ پر لازم ہے کہ بورڈ کو اصل دستخط کا حامل ایک فارم OC-110A "ورکرز کمپنیشن ریکارڈز کے انکشاف کے لیے دعویدار کی اجازت" جمع کروائیں۔ یہ فارم WCB کی ویب سائٹ ([www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov)) پر دستیاب ہے اور اس تک رسائی "فارمز" لنک پر کلک کر کے حاصل کی جا سکتی ہے۔ اگر انٹرنیٹ تک آپ کو رسائی حاصل نہیں تو براہ کرم 632-4996 (877) پر کال کریں یا فارم کی نقل حاصل کرنے کے لیے ہمارے قریبی کسٹمر سروس سینٹر تشریف لائیں۔ فارم OC-110A کی جگہ، آپ ایک اصل دستخط کردہ، تصدیق شدہ مجاز خط بھی جمع کروا سکتے ہیں۔

کوئی بھی آجر یا بیمہ کار، یا کوئی ملازم، ایجنٹ، یا آجر یا بیمہ کار کی طرف سے کردار ادا کرنے والا کوئی بھی فرد، جو کسی ادائیگی یا وظیفے کی فراہمی سے بچنے کے مقصد کے لیے اس باب کے تحت ایسے کسی فائدے یا ادائیگی کے دعوے کی رپورٹنگ، تحقیق، یا دستگی کے دوران، اہم حقیقت کے برعکس دانستہ طور پر غلط بیان دیتا یا نمائندگی کرتا ہے، تو ایسا شخص جرم کا مرتکب ہو گا اور بھاری جرمانوں اور قید کی سزا کا مستحق ہو گا۔