

**關於您可能須在未能起訴、賠償索賠是不允許的或者依照  
WCL §32 的協議獲批時負責承擔醫療費用之通知**

WCB 案件編號 (如已知)		索賠管理索賠編號 (如已知)	受傷日期	受到的傷害或疾病之性質	索賠人的社會安全號碼
索賠人	姓名			地址	公寓號碼
雇主					
保險公司					

您可能成為要為列於下方的醫療保健提供者針對您的疾病或狀況提供的醫療治療之費用負責之人的情況有 (1) 您未能起訴工傷索賠案件，或者 (2) Workers' Compensation Board 認定曾需要接受治療的疾病或狀況不是可賠償的工作場所事故或職業病導致的，或者 (3) 您曾依照《工傷賠償法》§32 簽署生效的協議獲批，而您在該協議中放棄了您針對在協議獲批之日後進行的治療/服務從工傷賠償保險公司/自保雇主處獲得醫療福利的權利。如果發生上述任意事件，提供者可直接將帳單發給您，而不是您的雇主或保險公司，您將須負責為已提供的服務支付該提供者費用。

本人特此承認，本人已經閱讀上述內容並且理解本人可能成為須為付款負責之人的情況。

索賠人的簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

提供者的姓名和地址 \_\_\_\_\_

**致索賠人**

《工傷賠償委員會規定》325-1.23 允許您的醫療保健提供者要求您簽署本 A-9 通知。簽署本通知表明您承認您在最終結果證明您的雇主或其工傷賠償保險公司不必依法支付該提供者費用，而且其他保險也不承保該費用時，您有義務支付提供者該費用。雇主或保險公司不必支付該提供者費用的情況有，您未能提交工傷索賠案件，或者未能通知您的雇主您有受傷或患病，或者未能在您的雇主對您獲得福利之權利表示異議時未能出席委員會聽證會等。即使您有為起訴您的索賠案件做出所有要求的努力，Workers' Compensation Board 也依然有可能裁定您沒有權利獲得福利。在此類情況下，本通知告知您的醫療保健提供者您承認您對其帳單付款的個人責任。

**《工傷賠償法》第 32 節**

屬於 A-9 通知涵蓋範圍的情況還有，有當前有效的工傷索賠案件之索賠人，與索賠人的雇主或其保險公司達成協議，依照《工傷賠償法》第 32 節和解索賠人的案件。第 32 節協議可能包含免除雇主或保險公司須支付與該案件相關的未來醫療帳單之責任的條例。您的醫療保健提供者可要求您簽署本 A-9 通知，以確保您承認您在依照第 32 節協議放棄了您對未來醫療福利之權利後，對支付醫療保健提供者的帳單的個人責任。

如果您有任何問題，可聯繫您的律師或持牌聽證會代表（您若有）。您也可聯繫您當地的 Workers' Compensation Board 地區辦公室。

**致醫療保健提供者**

本通知旨在告知工傷賠償索賠人其可能要為付款負責。索賠人未能簽署本表格，既不免除提供者為索賠人提供治療的義務，也不否認索賠人的付款責任。

在您的記錄中保留本表格的原件，並給索賠人一份副本。**不要將表格提交給 Workers' Compensation Board。** 您將收到《決定通知書》，其中包含索賠的可賠性、治療授權或醫療帳單的付款。您還會在索賠人向委員會提交希望獲批的第 32 節協議時收到通知。不要向索賠人發帳單，除非以及直到您收到委員會的決定，其裁決 1) 索賠人未能起訴該索賠案件，或者 2) 索賠被拒，或者 3) 治療與工傷沒有因果關係，或者 4) 免除保險公司為醫療治療負責的第 32 節協議已獲批。