

کارروائی میں ناکامی، یا تلافی کے دعوے کی اجازت نہ ملنے کی صورت میں، یا WCL §32 کی رُو سے معاہدے کی منظوری کی صورت میں آپ کا ممکنہ طور پر طبی اخراجات کے ذمہ دار ہونے کا نوٹس

| WCB کیس نمبر (اگر معلوم ہو) | دعوے کے منظم کا دعویٰ جاتی نمبر (اگر معلوم ہو) | چوٹ لگنے کی تاریخ | چوٹ یا بیماری کی نوعیت | طلبگار کا SOC سیکشن نمبر |
|-----------------------------|--|-------------------|------------------------|--------------------------|
|                             |  |                   |                        |                          |
| طلبگار                      | نام  | پتہ               | اپارٹمنٹ نمبر          |                          |
|                             | آجر  |                   |                        |                          |
|                             | انشورنس کیریئر                                 |                   |                        |                          |

آپ ذیل میں درج کردہ نگہداشتِ صحت کے/کی فراہم کار سے اپنی بیماری یا کیفیت کے علاج کے لیے طبی اخراجات کی ادائیگی کے لیے ممکنہ طور پر اس صورت میں ذمہ دار ہو سکتے/سکتی ہیں کہ اگر (1) آپ ورکرز کمپنیشن کے لیے دعوے پر کارروائی کرنے میں ناکام ہوتے/ہوتی ہیں یا (2) ورکرز کمپنیشن بورڈ کی جانب سے یہ طے کیا جاتا ہے کہ بیماری یا کیفیت جس کا علاج درکار ہو، وہ جائے کار کے قابل تلافی حادثے یا پیشے سے متعلق کسی بیماری کے نتیجے میں نہیں ہے یا (3) اگر آپ ایسا کوئی معاہدہ عمل میں لاتے/لاتی ہیں اور ورکرز کمپنیشن قانون §32 کی رُو سے اسے منظور کر لیا جاتا ہے جس میں آپ ورکرز کمپنیشن انشورنس/ذاتی بیمے کے حامل آجر سے معاہدے کی منظوری کی تاریخ کے بعد کروائے گئے علاج/سروسز کے لیے اپنے طبی وظائف کے حق سے دستبردار ہوتے/ہوتی ہیں۔ اگر مذکورہ بالا صورتوں میں کوئی صورت واقع ہو، تو فراہم کار آجر یا انشورنس کیریئر کے بجائے آپ کو براہ راست پل دے سکتا ہے، اور آپ حاصل کردہ سروسز کے لیے فراہم کار کی فیس کی ادائیگی کرنے کے ذمہ دار ہوں گے/گی۔

میں من ہذا تسلیم کرتا/کرتی ہوں کہ میں مذکورہ بالا کو پڑھ چکا/چکی ہوں اور میں ان صورتِ حالوں سے واقف ہوں جن کے تحت مجھ پر ادائیگی کی ذمہ داری عائد ہو سکتی ہے۔

طلبگار کے دستخط \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_

فراہم کار کا نام اور پتہ \_\_\_\_\_

**بنام طلبگار**

ضابطہ برائے ورکرز کمپنیشن بورڈ 1.23-325 کے تحت آپ کی نگہداشتِ صحت کے/کی فراہم کار کو یہ اجازت تفویض کی جاتی ہے کہ وہ درخواست کرے کہ آپ A-9 نوٹس پر دستخط کریں۔ اس نوٹس پر دستخط کر کے، آپ اپنی موصول کردہ سروسز کے لیے فراہم کار کی فیس کی اس صورت میں ادائیگی کے لیے اپنی ذمہ داری قبول کرتے/کرتی ہیں کہ اگر آپ کے آجر یا اس کے ورکرز کمپنیشن انشورنس کیریئر کی جانب سے قانوناً ایسی فیس کی ادائیگی ضروری نہ ہو اور اگر ایسی فیس کا دیگر انشورنس سے احاطہ نہ ہوتا ہو۔ آجر یا انشورنس کو ممکنہ طور پر اس صورت میں شاید فراہم کار کی فیس کی ادائیگی نہ کرنی پڑے کہ اگر، مثال کے طور پر، آپ ورکرز کمپنیشن کے دعوے کے اندراج میں ناکام ہو جاتے/جاتی ہیں، یا اپنے آجر کو اپنی چوٹ یا بیماری سے مطلع کرنے میں ناکام ہوتے/ہوتی ہیں، یا اپنے آجر کی جانب سے آپ کے وظائف کے حق کو چیلنج کیے جانے کی صورت میں بورڈ کی سماعت میں شرکت کرنے میں ناکام ہوتے/ہوتی ہیں۔ حتیٰ کہ اگر آپ اپنے دعوے پر کارروائی کے لیے تمام ضروری کوششیں کر بھی لیتے/لیتی ہیں، ورکرز کمپنیشن بورڈ پھر بھی یہ کہہ سکتا ہے کہ آپ وظائف کا استحقاق نہیں رکھتے/رکھتی۔ ایسی صورتوں میں، یہ نوٹس آپ کی صحت کے/کی فراہم کار کو تجویز کرتا ہے کہ آپ ان کے پلز کی ادائیگی کے لیے اپنی ذاتی ذمہ داری قبول کریں۔

**ورکرز کمپنیشن قانون سیکشن 32**

A-9 نوٹس ایسی صورتِ حالوں کا بھی احاطہ کرتا ہے جن میں موجودہ ورکرز کمپنیشن کے جائز کیس کو لے کر طلبگار اپنے/اپنی آجر یا اس کے انشورنس کیریئر سے ایسا معاہدہ طے کرتا/کرتی ہے، جس میں ورکرز کمپنیشن قانون کے سیکشن 32 کے مطابق ان کے کیس کا تصفیہ کیا جاتا ہے۔ سیکشن 32 کے معاہدے میں ایک ایسی شرط شامل ہو سکتی ہے، جو آجر یا انشورنس کو کیس سے متعلق مستقبل کے میڈیکل پلز کی ادائیگی کی ذمہ داری سے مستثنیٰ قرار دیتی ہے۔ آپ کی نگہداشتِ صحت کا/کی فراہم کار آپ سے اس A-9 نوٹس پر دستخط کرنے کی درخواست کر سکتا/سکتی ہے تاکہ یہ یقینی بنایا جا سکے کہ آپ اس صورت میں ان کے پلز کی ادائیگی کے سلسلے میں اپنی ذاتی ذمہ داری قبول کرتے/کرتی ہیں کہ اگر آپ معاہدے کے سیکشن 32 کے تحت اپنے مستقبل کے طبی وظائف کے حق سے دستبردار ہو چکے/چکی ہوں۔

کوئی بھی سوالات ہونے کی صورت میں، اپنے اٹارنی یا اگر آپ کا سماعت کا کوئی لائنس یافتہ نمائندہ ہے، تو اس سے رابطہ کریں۔ آپ اپنے مقامی ورکرز کمپنیشن بورڈ کے ضلعی دفتر سے بھی رابطہ کر سکتے/سکتی ہیں۔

**بنام نگہداشتِ صحت کا/کی فراہم کار**

اس نوٹس کا مقصد ورکرز کمپنیشن کے/کی طلبگار کو یہ بتانا ہے کہ انہیں ادائیگی کرنی پڑ سکتی ہے۔ طلبگار کی جانب سے اس فارم پر دستخط کرنے میں ناکامی کے نتیجے میں فراہم کار طلبگار کے علاج کی ذمہ داری سے مستثنیٰ نہیں ہوتا/ہوتی، نہ ہی اس سے طلبگار کی جانب سے ادائیگی کی ذمہ داری کی نفی ہوتی ہے۔

اس فارم کی اصل اپنے ریکارڈز کے لیے محفوظ رکھیں اور طلبگار کو اس کی ایک نقل فراہم کریں۔ ورکرز کمپنیشن بورڈ میں اندراج نہ کروائیں۔ آپ کو فیصلوں کے حوالے سے نوٹس موصول ہوں گے جن میں دعوے کا قابل تلافی ہونا، علاج کی اجازت، یا میڈیکل پلز کی ادائیگی شامل ہے۔ اگر طلبگار کی جانب سے بورڈ میں ایک سیکشن 32 معاہدہ منظوری کے لیے جمع کروایا جاتا ہے تو آپ کو اس سے بھی مطلع کیا جائے گا۔ طلبگار سے اس وقت تک پل وصول نہ کریں جب تک کہ آپ کو بورڈ کے فیصلے کا یہ نتیجہ موصول نہ ہو جائے کہ (1) طلبگار دعوے پر کارروائی کرنے میں ناکام رہا/رہی، یا (2) دعویٰ مسترد کیا گیا ہو، یا (3) علاج، کام کے حوالے سے کوئی چوٹ لگنے کے سبب نہیں کیا جا رہا، یا (4) انشورنس کو طبی علاج کی ذمہ داری سے مستثنیٰ کرنے کے لیے سیکشن 32 معاہدہ منظور کر لیا گیا ہے۔