

**State of New York
WORKERS' COMPENSATION BOARD**

**Notice of Right to Select a Workers' Compensation Board Authorized
Health Care Provider**

Injured Employee's Name	Injured Employee's Social Security No.	Date of Accident
Employer's Name and Address		

To the Injured Employee:

For the treatment of your work-related injury or illness, you may choose any physician, podiatrist, chiropractor, or psychologist (upon referral from an authorized physician) who is Workers' Compensation Board authorized and who is accepting workers' compensation patients.

While you may choose to utilize a network or provider which is recommended by your employer or its workers' compensation insurance carrier or to permit your employer to select a provider on your behalf, you may, at any time, change your health care provider without jeopardizing your workers' compensation claim for benefits.

Signature of Injured Employee

Date

Signature of Witness

Date

Please note: It is not necessary for you to sign this consent form if your employer is (i) participating in a certified preferred provider organization (PPO) under Article 10-A of the Workers' Compensation Law, or (ii) participating in the alternative dispute resolution (ADR) pilot program under section 25(2-c) of the Workers' Compensation Law. In accordance with these statutory programs, except in emergency situations, you must obtain at least initial treatment for any workers' compensation injury or illness from the certified network(s) or providers designated by your employer.

To the Employer:

The employer shall provide the above-named injured employee with a copy of this signed form and shall maintain the original form in the employer's records where it may be inspected by the Workers' Compensation Board at any time. This form shall not be submitted to the Workers' Compensation Board nor shall it be executed prior to the occurrence of this employee's work-related injury or illness.

The Workers' Compensation Board employs and serves people with disabilities without discrimination.

C-3.1 (3-04)

یہ نوٹس پچھلے حصے پر اردو زبان میں تحریر کیا گیا ہے۔

www.wcb.ny.gov

ریاست نیو یارک
ورکرز کمپنیشن بورڈ

ورکرز کمپنیشن بورڈ کی جانب سے منظور شدہ نگہداشتِ صحت کے
فراہم کنندہ کے انتخاب کے حق کا نوٹس

زخمی ملازم کا نام	زخمی ملازم کا سوشل سکیورٹی نمبر	حادثے کی تاریخ
آجر کا نام اور پتہ		

بنام زخمی ملازم:

اپنی کام سے متعلقہ چوٹ یا بیماری کے علاج کے لئے، آپ (کسی مجاز فریڈیشن کی جانب سے ریفرل پر) ایسے کسی بھی فریڈیشن، پوڈیاٹرسٹ، کیروپریکٹر، یا ماہر نفسیات کا انتخاب کر سکتے ہیں جو ورکرز کمپنیشن بورڈ کی جانب سے منظور شدہ ہو اور جو ورکرز کمپنیشن کے مریضوں کو قبول کر رہا ہو۔

اگرچہ آپ کسی ایسے نیٹ ورک یا فراہم کنندہ کو استعمال کرنے، جس کی تجویز آپ کے آجر یا ان کے ورکرز کمپنیشن انشورنس کی ریٹیئر نے دی ہو یا اپنے آجر کو یہ اجازت دینے کا انتخاب کر سکتے ہیں کہ وہ آپ کی جانب سے کسی فراہم کنندہ کا انتخاب کر لیں، تاہم آپ، کسی بھی وقت، مراعات کے لئے اپنے ورکرز کمپنیشن دعوے کو نقصان پہنچائے بغیر اپنی نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندہ کو تبدیل کر سکتے ہیں۔

زخمی ملازم کے دستخط تاریخ گواہ کے دستخط تاریخ

براہ کرم نوٹ کر لیں: اس صورت میں آپ کے لئے یہ ضروری نہیں ہے کہ رضامندی کے اس فارم پر دستخط کریں کہ جب آپ کا آجر (i) ورکرز کمپنیشن قانون کے آرٹیکل 10-A کے تحت کسی تصدیق شدہ ترجیحی فراہم کنندہ تنظیم (PPO) (preferred provider organization) میں شامل ہو، یا (ii) ورکرز کمپنیشن قانون کے سیکشن 25(2-c) کے تحت متبادل تنازعاتی حل (ADR) (alternative dispute resolution) کے پائلٹ پروگرام میں حصہ لے رہا ہو۔ ان آئینی پروگرامز کے مطابق، ماسوائے ایمرجنسی حالات کے، آپ کو اپنے آجر کی جانب سے نامزد کردہ تصدیق شدہ نیٹ ورک (نیٹ ورکس) یا فراہم کنندگان سے ورکرز کمپنیشن والی کسی چوٹ یا بیماری کے لئے کم از کم ابتدائی علاج ضرور حاصل کرنا چاہیئے۔

بنام آجر:

آجر کو اس فارم کی ایک دستخط شدہ نقل اوپر مذکورہ زخمی ملازم کو فراہم کرنی چاہیئے اور اصل فارم کو آجر کے ریکارڈز میں محفوظ رکھنا چاہیئے جہاں پر کسی بھی وقت ورکرز کمپنیشن بورڈ کی جانب سے اس کی جانچ کی جا سکتی ہے۔ ملازم کی کام سے متعلقہ چوٹ یا بیماری کے لاحق ہونے سے پہلے اس فارم کو نہ تو ورکرز کمپنیشن بورڈ میں جمع کروانا چاہیئے نہ ہی اسے زیر عمل لانا چاہیئے۔

ورکرز کمپنیشن بورڈ معذوریوں کے شکار لوگوں کو بلا امتیاز ملازمت دیتا ہے اور انہیں خدمات پیش کرتا ہے۔