معذوری کے وظائف کی درخواست کیسے کی جائے

اپنی معذوری کی پہلی تاریخ سے پہلے یہ فارم جمع نہ کروائیں۔ آپ کو اپنی معذوری کے پہلے دن کے بعد 30 کیلنڈر دنوں کے اندر اپنے دعوے کا مکمل شدہ فارم جمع کروا دینا چاہیئے تاکہ وظائف ضائع نہ ہو جائیں۔ تمام فارمز اور دستاویزات کی ایک نقل اپنے ریکارڈز کے لیے محفوظ رکھیں۔

1. اگر آپ یہ فارم اس لیے استعمال کر رہے ہیں کیونکہ **آپ برسرِ ملازمت رہتے 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 دعوئ آپ کے آجر یا آپ کے آخری آجر کے بیمہ کیریئر کے پاس جمع کروایا جانا چاہیئے۔ آپ ورکرز کمپنسیشن بورڈ کی ویب سائٹ، www.wcb.ny.gov پر، آجر کی کوریج کی تلاش استعمال کرتے ہوئے اپنے آجر کا معذوری کا بیمہ کیریئر تلاش کر سکتے ہیں۔

2. اگر آپ یہ فارم اس لیے استعمال کر رہے ہیں کیونکہ آپ **ملازمت سے سبکدوش ہونے کے چار (4) ہفتے سے زائد مدت کے بعد معذور ہوئے تھے**، تو آپ کا مکمل کردہ دعوئ اس پتے پر ارسال کیا جانا چاہیئے:
Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029
اگر آپ نے سوال 1.3.B.4 کا جواب "ہاں" دیا ہے، تو براہ کرم فارم DB-450 مکمل کریں اور منسلک کریں۔

نوٹ: اس فارم میں ایک سیکشن موجود ہے جسے آپ کے نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندہ کی جانب سے پُر کیا جانا چاہیئے، اور ایک سیکشن ہے جسے آپ کے آجر کی جانب سے مکمل کیا جانا چاہیئے۔ یہ فارم اپنے آجر کو فراہم کرنے سے پہلے، اپنا سیکشن پُر کر لیں اور محفوظ رکھنے کے لیے ایک نقل بنا لیں۔

- نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندہ سے درکار ہے کہ سات دنوں کے اندر مکمل کیے گئے حصہ B کے ساتھ یہ فارم آپ کو واپس کر دیں۔ اگر تاخیر ہو رہی ہو، تو اپنے بیمہ کیریئر کے پاس فارم جمع کروانے کے لیے آپ کو انتظار کرنا چاہیئے۔ اگر حصہ B مکمل نہ ہو (یا اس میں نامکمل جوابات پائے جاتے ہوں) تو وظائف کی ادائیگی میں تاخیر پیش آ سکتی ہے۔

- آپ کے آجر سے درکار ہے کہ مکمل کردہ حصہ C کے ساتھ یہ فارم تین کاروباری دنوں کے اندر آپ کو واپس کر دیں۔ اگر تاخیر ہو رہی ہو، تو آپ کو پیش رفت کرنے کے لیے انتظار نہیں کرنا چاہیئے – آپ کو یہ فارم اپنے بیمہ کیریئر کو ارسال کر دینا چاہیئے۔ وہ معذوری کے وظائف کے لیے آپ کی درخواست پر اس وجہ سے مکمل طور پر انکار نہیں کر سکتے کہ آپ کا آجر اپنا سیکشن مکمل کرنے میں ناکام رہا تھا۔

یہ جاننا ضروری ہے:

آپ کو اپنی معذوری کی رخصت یا اپنے مکمل شدہ دعوے پر آجر یا کیریئر کی رسید، جو بھی بعد ازاں حاصل ہو، اس کے پہلے دن سے 18 دنوں کے اندر ایک جواب وصول ہو جائے گا۔ اگر آپ کا دعوئ مسترد کر دیا جائے، تو آپ کو یا تو معذوری کے وظائف کے لیے دعوے کے انکار کا ایک نوٹس (فارم DB-DEN) یا پھر معذوری کے وظائف کے لیے دعوے کی مکمل یا جزوی تردید کا ایک نوٹس (فارم DB-451) موصول ہو گا۔ اگر آپ نے ایک فارم DB-DEN وصول کر لیا ہو، تو آپ کو اپنی معذوری کی رخصت یا اپنے مکمل شدہ دعوے پر آجر یا کیریئر کی رسید، جو بھی بعد ازاں حاصل ہو، اس کے پہلے دن سے 45 دنوں کے اندر اضافی معلومات سمیت ایک DB-451 فارم موصول ہو جائے گا۔

اگر آپ کو 18 دنوں کے اندر کوئی جواب (یا 45 دن کے اندر فارم DB-451) موصول نہ ہوا ہو یا اگر آپ کے پاس اپنی معذوری کے وظائف کے دعوے کے متعلق سوالات موجود 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 ملاحظہ کریں یا بورڈ کے معذوری کے وظائف کے بیورو کو 4996-632 (877) پر کال کریں۔

معذوری کے وظائف کے لیے دعوے کے نوٹس اور ثبوت (فارم DB-450) کی ہدایات

حصہ A - ملازم کی معلومات (جو ملازم کی طرف سے مکمل کی جائیں)

اس حصے میں موجود سب سوالات کے جواب دینا آپ کے لیے لازمی ہے۔

سوال 9: بہترین اندازے کے مطابق اوسطاً کل ہفتہ وار اجرت درج کریں۔ معذوری سے پیشتر اپنے آخری آجر کی جانب سے اپنی کُل اجرتیں استعمال کرتے ہوئے جدول مکمل کریں۔ اگر اپنی معذوری سے پیشتر گزشتہ 8 ہفتوں میں آپ کے ایک سے زیادہ آجر رہے ہوں، ان آجر(آجرین) کی جانب سے اجرتوں کی تمام معلومات بھی شامل کر لیں۔

مرحلہ 1: معذوری کے پہلے دن سے پہلے کے آخری آٹھ ہفتوں کے دوران کی، اوورٹائم اور کمائی گئی ٹپس سمیت اپنی تمام وصول شدہ کُل اجرت (کسی بھی کٹوتی سے قبل) جمع کریں۔ (بونسز اور/یا کمیشنز کا تخمینہ لگانے کے بارے میں ہدایات کے لیے مرحلہ 3 دیکھیں۔)

مرحلہ 2: مرحلہ ایک میں تخمینہ لگائی گئی کُل اجرت کو آٹھ سے تقسیم کریں (یا جن ہفتوں میں کام کیا ہو وہ آٹھ سے کم ہفتے ہوں تو اس صورت میں اس عدد سے تقسیم کریں) تاکہ اوسط ہفتہ وار اجرت کا تعین ہو سکے۔

مرحلہ 3: اگر آپ نے معذوری کے پہلے دن سے قبل کے 52 ہفتوں کے دوران بونسز اور/یا کمیشنز وصول کیے ہوں، تو ایسے میں اوسط ہفتہ وار اجرت میں حسب تناسب ہفتہ وار رقم جمع کریں۔ حسب تناسب ہفتہ وار رقم کے تعین کے لیے، گزشتہ 52 ہفتوں کے دوران کمائے گئے تمام بونسز/کمیشنز کو جمع کریں اور پھر 52 سے تقسیم کریں۔

حصہ B - نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندہ کا بیان (نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندہ کی جانب سے مکمل کیا جائے)

نگہداشتِ صحت کے فراہم کنندہ کو یہ بیان مکمل طرح پُر کرنا چاہیئے اور اس فارم کی وصولی کے سات دنوں کے اندر واپس کر دینا چاہیئے۔

حصہ C - آجر کی معلومات (آجر کی جانب سے مکمل کیا جائے)

وصول ہونے کے تین کاروباری دنوں کے اندر آجر کو یہ مکمل کرنا چاہیئے اور ملازم کو واپس کر دینا چاہیئے۔

سوال 6: اگر معذوری کے دوران اجرتیں جاری رہی ہوں، تو وضاحت کریں کہ اجرت کے تسلسل، بامعاوضہ رخصت، بیماری کی مدت، وغیرہ کے استعمال کے ذریعے– کتنی اجرتیں ادا کی گئی تھیں۔

سوال 8: معذوری کے پہلے دن سے قبل کے آخری آٹھ ہفتوں کے دوران ملازم کی کمائی گئی اجرتیں داخل کریں۔ کل ادا شدہ رقم، ملازم کی کل ہفتہ وار تنخواہ ہے جس میں اس ہفتے میں کمایا گیا کوئی بھی اوورٹائم اور ٹپس، ان کے علاوہ ایسے کوئی بھی بونس یا کمیشن کی ہفتہ وار حسب تناسب رقم شامل ہے جو گزشتہ 52 ہفتوں کے دوران وصول کی گئی ہو۔ (تفصیلی مراحل کے لیے، حصہ A کی ہدایات میں موجود سوال 9 دیکھیں)۔ کل ادا شدہ رقوم کو جمع کرتے ہوئے، اور پھر میزان کو آٹھ پر تقسیم کرتے ہوئے (یا اگر آٹھ سے کم ہفتے کام کیا گیا تو اس عدد سے تقسیم کرتے ہوئے) کُل اوسط ہفتہ وار اجرت کا تخمینہ لگائیں۔

ریاست نیو یارک
معذوری کے وظائف کے لیے دعوے کا نوٹس اور ثبوت

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

1- آخری نام: ______ پہلا نام: ______ MI: ____

2- ڈاک کا پتہ (اسٹریٹ اور اپارٹمنٹ #): ______

شہر: ______ ریاست: ______ زپ: ______

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 چوٹ لگی تھی): ______

______

8- آپ کے معذور ہونے کی تاریخ: ______ / ____ / ____ کیا آپ نے اس دن کام کیا تھا؟: ☐ جی ہاں ☐ نہیں

کیا آپ اس معذوری سے صحت یاب ہو چکے ہیں؟ ☐ جی ہاں ☐ نہیں اگر ہاں، تو وہ تاریخ بتائیں جس پر آپ کام پر واپس آنے کے قابل ہو گئے تھے: ______ / ____ / ____

کیا آپ نے اس کے بعد سے اجرتوں یا منافع کے لیے کام کیا ہے؟ ☐ جی ہاں ☐ نہیں اگر ہاں، تو تاریخوں کی فہرست مرتب کریں: ______

9- معذوری سے پیشتر آخری آجر کا نام۔ اگر گزشتہ آٹھ (8) ہفتوں میں ایک سے زیادہ آجر رہے ہوں، تو تمام آجرین کے نام بتائیں۔ اوسط ہفتہ وار اجرت کی بنیاد کام والے گزشتہ آٹھ (8) ہفتوں میں حاصل کردہ تمام تر اجرتوں پر ہے۔

معذوری سے پہلے آخری آجر (آجرین)			ملازمت کی مدت		
فرم یا ٹریڈ کا نام	پتہ	فون نمبر	پہلا دن (MM/DD/YYYY)	آخری دن کام کیا گیا (MM/DD/YYYY)	اوسط ہفتہ وار اجرت (بونسز، ٹپس، کمیشنز، بورڈ کی موزوں قدر، کرایہ وغیرہ شامل کر لیں)

معذوری کے پہلے دن سے قبل آخری 8 ہفتوں میں کمائی گئی کُل اجرتیں ذیل میں درج کریں (اوپر فہرست شدہ تمام آجرین کی اجرتیں شامل کر لیں)

ہفتہ نمبر۔	کام کا آخری دن (MM/DD/YYYY)	جتنے دن کام کیا گیا	کل ادا شدہ رقم
1			$0.00
2			$0.00
3			$0.00
4			$0.00
5			$0.00
6			$0.00
7			$0.00
8			$0.00
		تخمینہ شدہ اوسط کُل ہفتہ وار اجرت:	$0.00

10- میری ملازمت ہے یا تھی: ______ 11- یونین ممبر: ☐ جی ہاں ☐ نہیں اگر "ہاں": ______

پیشہ یونین کا نام یا مقامی نمبر

12- کیا آپ اس معذوری سے پہلے بے روزگاری کے وظیفے کا دعوئ یا اسے حاصل کر رہے تھے؟ ☐ جی ہاں ☐ نہیں
اگر آپ نے دعوی نہیں کیا یا اگر آپ نے دعوی کیا تھا لیکن آخری دن کام کرنے کے بعد بھی بے روزگاری کے بیمے کے وظائف حاصل **نہیں** کیے، تو تفصیل سے وجوبات کی وضاحت کریں: ______

______

اگر آپ نے بے روزگاری کے وظائف حاصل کیے تھے، تو حصول کی تمام مدتوں کی فہرست فراہم کریں: ______

______

DB-450 10-23

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

13. اس دعوے کے ذریعے احاطہ کردہ معذوری کی مدت کے لیے:
کیا آپ اجرتیں، تنخواہ یا بصورت علیحدگی ادائیگی وصول کر رہے ہیں؟ ☐ جی ہاں ☐ نہیں
B. کیا آپ درج ذیل وصول کر رہے یا ان کا دعویٰ کر رہے ہیں:
1. بے روزگاری کے وظائف؟ ☐ جی ہاں ☐ نہیں 2. بامعاوضہ خاندانی رخصت؟ ☐ جی ہاں ☐ نہیں
3. ورکرز کمپنسیشن برائے کام سے متعلقہ معذوری؟ ☐ جی ہاں ☐ نہیں
4. بغیر خطا کے موٹر گاڑی کا حادثہ؟ ☐ جی ہاں ☐ نہیں یا ذاتی چوٹ جس میں فریق ثالث ملوث ہو؟ ☐ جی ہاں ☐ نہیں
5. اس معذوری کے لیے فیڈرل سوشل سکیورٹی ایکٹ کے تحت طویل مدتی معذوری کے وظائف؟ ☐ جی ہاں ☐ نہیں
اگر 13 میں سے کسی بھی چیز پر "ہاں" نشان زد کیا گیا 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؟ ☐ جی ہاں ☐ نہیں
اگر ہاں، تو ادائیگی کی گئی منجانب: ________ بتاریخ: ____ / ____ / ____ تا: ____ / ____ / ____

15. اپنی معذوری کا آغاز ہونے سے پہلے کے سال (52 ہفتوں) میں، کیا آپ نے بامعاوضہ خاندانی رخصت حاصل کی تھی؟ ☐ جی 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 معذوری کے فارمز کے لیے نوٹس یا درخواست کے 5 دنوں کے اندر معذوری کے قانون کے تحت آپ کو آپ کے حقوق فراہم کیے تھے؟ ☐ جی ہاں ☐ نہیں

میں بذریعہ ہٰذا معذوری کے وظائف کا دعویٰ کرتا/ کرتی ہوں اور تصدیق کرتا/ کرتی ہوں کہ میں اس مدت تک معذوری میں مبتلا تھا/ تھی جس کا احاطہ اس دعوے کے ذریعے کیا گیا ہے۔ میں نے اس فارم میں موجود ہدایات پڑھ لی ہیں اور میں تصدیق کرتا/ کرتی ہوں کہ مذکورہ بیانات، بشمول ساتھ منسلک کردہ کوئی بیانات، میرے بہترین علم کے مطابق، درست اور مکمل ہیں۔

________ دعویدار کے دستخط ________ تاریخ

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 درج کریں اور فارم OC-110A، ورکرز کمپنسیشن ریکارڈز کو ظاہر کرنے کے لیے دعویدار کی اجازت، جمع کروائیں۔

________ دعویدار کی جانب سے ________ پتہ ________ دعویدار سے تعلق

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

<u>نگہداشت صحت کے فراہم کنندہ کا بیان مکمل طور لازمی پُر کیا جائے۔ موقع پر موجود نگہداشت صحت کا فراہم کنندہ فارم وصول ہونے کے سات (7) دنوں کے اندر مکمل کرے گا اور دعویدار کو واپس کرے گا</u>۔ اگر معذوری کی وجہ حمل ہو یا حمل کے نتیجے میں پیدا ہوئی ہو، تو آئٹم e-7 میں زچگی کی متوقع تاریخ درج کریں **نامکمل جوابات کی وجہ سے وظائف کی ادائیگی میں تاخیر پیش آ سکتی ہے۔**

1. آخری نام: ________ پہلا نام: ________ MI: ____
2. صنف: ☐ مرد ☐ عورت ☐ مخنث 3. تاریخ پیدائش: ____ / ____ / ____
4. تشخیص/تجزیہ: ________ تشخیصی کوڈ: ________
a. دعویدار کی علامات: ________
b. غیرجانبدارانہ نتائج: ________
5. دعویدار اسپتال میں زیر علاج رہا؟: ☐ جی ہاں ☐ نہیں بتاریخ: ____ / ____ / ____ تا: ____ / ____ / ____
6. آپریشن کی نشاندہی کی گئی تھی؟: ☐ جی ہاں ☐ نہیں a. قسم ________ b. تاریخ ____ / ____ / ____

7 درج ذیل کے حوالے سے تاریخیں درج کریں	ماہ	دن	سال
a. اس معذوری کے لیے آپ کے سب سے 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 ہو گیا تھا			
d. وہ تاریخ جب دعویدار دوبارہ کام انجام دینے کے قابل ہو گا (حتیٰ کہ اگر کوئی قابل غور سوال موجود ہو تو بھی، اندازاً تاریخ بتائیں۔ اصطلاحات جیسے کہ نامعلوم یا غیر تعین شدہ کے استعمال سے اجتناب کریں۔)			
e. اگر حمل سے متعلق ہو، تو براہ کرم خانے کو نشان زد کریں اور تاریخ درج کریں ☐ زچگی کی متوقع تاریخ یا ☐ زچگی کی اصل تاریخ			

8. آپ کی رائے میں، کیا یہ معذوری ملازمت کی وجہ سے پیدا ہوئی ہے اور اس کے دوران لگنے والی چوٹ کا نتیجہ ہے یا پیشے سے رونما ہونے والی بیماری ہے؟:
☐ جی ہاں ☐ نہیں اگر "ہاں"، تو کیا میڈیکل بورڈ کو جمع کروایا گیا ہے؟ ☐ جی ہاں ☐ نہیں

میں تصدیق کرتا/ کرتی ہوں کہ میں:

________ (فزیشن، کائروپریکٹر، ڈینٹسٹ، پوڈیاٹرسٹ، ماہر نفسیات، نرس-مڈ وائف) ہوں ________ ریاست میں لائسنس یافتہ یا سند یافتہ ہوں ________ لائسنس نمبر

________ نگہداشت صحت فراہم کنندہ کا پرنٹ کردہ نام ________ نگہداشت صحت فراہم کنندہ کے دستخط ________ تاریخ

________ نگہداشت صحت فراہم کنندہ کا پتہ ________ فون #

حصہ C - آجر کی معلومات (آجر کی جانب سے مکمل کیا جائے)

1. کاروبار کا مکمل قانونی نام اور ڈاک کا پتہ

کاروبار کا نام ____________________

ڈاک کا پتہ ____________________

شہر، ریاست ____________________

زپ کوڈ ____________________

ملک (اگر امریکہ نہیں ہے) ____________________

2. آجر کا FEIN: ____________________

3. رابطے کی معلومات:

معذوری سے متعلقہ کسی سوالات کے لیے آجر کے رابطہ کار کا نام: ____________________

آجر کے رابطہ کار کا ٹیلی فون نمبر: ____________________

آجر کے رابطہ کار کا ای میل پتہ: ____________________

4. کیا ملازم کسی ایسی یونین کا رکن ہے جو معذوری کے قانونی وظائف فراہم کرتی ہے؟ ☐ جی ہاں ☐ نہیں

*اگر ہاں، تو یونین کا نام، پتہ، اور رابطے کی معلومات فراہم کریں ____________________

____

5. ملازم کی معلومات:

ملازم کا عہدہ: ☐ ملازم ☐ صاحبِ ملکیت ☐ شراکت دار ☐ آجر کا/ کی شریک حیات ☐ مالک ☐ شریک مالک

جس تاریخ پر ملازم کو ملازمت پر رکھا گیا (MM/DD/YYYY) ____________________

جس تاریخ کو ملازم نے آخری مرتبہ کام کیا: ____________________

جس تاریخ کو ملازم واپس کام پر گیا (اگر قابلِ اطلاق ہو تو): ____________________

6. کیا معذوری کے دوران اجرتیں مسلسل ملتی رہی تھیں؟ ☐ جی ہاں ☐ نہیں

اگر ہاں، تو کس قسم کی؟ (PTO، بیماری کی مدت، دیگر): ____________________

اگر ہاں، تو کیا آجر کی جانب سے بازادائیگی کی درخواست کی گئی ہے؟ ☐ جی ہاں ☐ نہیں

*بازادائیگی صرف اس صورت میں دستیاب ہو گی اگر معذوری یا ملازم کی استعمال کی گئی بیماری کی مدت کے دوران آجر کی جانب سے اجرت کی مسلسل ادائیگی کی جاتی رہی ہو

7. کیا ملازم کی معذوری کام سے متعلقہ ہے؟ ☐ جی ہاں ☐ نہیں

8. معذوری شروع ہونے والے ہفتے سے لے کر معذوری سے بالکل پہلے تک ملازم کے لیے آخری 8 ہفتوں کی مجموعی اجرت درج کریں، اور اوسط مجموعی ہفتہ وار اجرت کا حساب لگائیں (جس میں بونسز، ٹپس، کمیشنز، بورڈ کی معقول قدر، کرائے وغیرہ شامل ہوں اور مزید معلومات کے لیے ہدایات دیکھیں)

ہفتہ نمبر.	ہفتہ ختم ہونے کی تاریخ (MM/DD/YYYY)	جتنے دن کام کیا گیا	کل ادا شدہ رقم
1			$0.00
2			$0.00
3			$0.00
4			$0.00
5			$0.00
6			$0.00
7			$0.00
8			$0.00
		تخمینہ شدہ اوسط کُل ہفتہ وار اجرت:	$0.00

9. کیا گزشتہ 52 ہفتوں میں ملازم نے ان وجوہات کے لیے رخصت لی ہے:

☐ NYS معذوری ☐ PFL ☐ معذوری اور PFL دونوں ☐ کوئی نہیں

معذوری: براہِ کرم معذوری کے لیے مخصوص تاریخیں فراہم کریں ____________________

PFL: براہِ کرم PFL کے لیے مخصوص تاریخیں فراہم کریں ____________________

10. کیا آپ کا ملازم تاحال آپ کے پاس برسرِ ملازمت ہے؟ ☐ جی ہاں ☐ نہیں

اگر نہیں، تو ملازمت ختم ہونے کی تاریخ درج کریں: ____________________

11. اگر ملازم نے بےروزگاری کے وظائف وصول کیے ہوں، تو آخری بار وظیفہ وصول کرنے کی تاریخ درج کریں: ____________________

حصہ C - آجر کی معلومات (آجر کی جانب سے مکمل کیا جائے)

میں نے نیچے دی گئی دھوکہ دہی کی معلومات پڑھ لی ہیں اور تسلیم کی ہیں اور تصدیق کرتی ہوں کہ میرے بہترین علم اور یقین کے مطابق، میں نے جو معلومات فراہم کی ہیں وہ سچ اور درست ہیں۔

آجر کا نام اور عہدہ: ______________________________

آجر کے دستخط: ______________________________

آجر کا رابطہ فون نمبر: ______________________________

تاریخ: ______________________________

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 کمپنسیشن بورڈ (بورڈ) کا اختیار کہ دعویداروں سے ان کے سوشل سکیورٹی نمبر سمیت، ذاتی معلومات فراہم کرنے کی درخواست کر سکیں، جو کہ ورکرز کمپنسیشن کے قانون (WCL) § 20 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 جمع کیا جاتا ہے تاکہ دعوؤں کی تفتیش اور ان کا نظم کرنے میں بورڈ کی معاونت اور دعوے کے درست ریکارڈز برقرار رکھنے میں بورڈ کی مدد کی جائے۔ بورڈ کو اپنا سوشل سکیورٹی نمبر فراہم کرنا رضاکارانہ اختیار ہے۔ اس فارم پر اپنا سوشل سکیورٹی نمبر فراہم کرنے میں ناکامی کی کوئی سزا نہیں؛ اس کے نتیجے میں آپ کے دعوے کے مسترد ہونے یا وظائف میں کمی آنے کی کوئی صورت پیدا نہیں ہو گی۔ 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 کیا جائے گا۔

HIPAA نوٹس - ورکرز کمپنسیشن 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 کی پابندیوں سے مستثنیٰ ہیں۔

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

دھوکہ دہی کا اقرار - 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 وظیفے یا ادائیگی کے دعوے کی رپورٹنگ، تحقیق، یا درستگی 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۔