



WCB Case No. (if you know it): _____

To Claimant: If you received treatment for a previous injury to the same body part or for an illness similar to the one described in your current Claim, fill out this form. This form allows the health care providers you list below to release health care information about your previous injury/illness to your employer's workers' compensation insurer. The federal HIPAA law (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) says you have a right to get a copy of this form. If you do not understand this form, talk to your legal representative. If you do not have a legal representative, the Advocate for Injured Workers at the Workers' Compensation Board can help you. Call: 800-580-6665.

To Health Care Provider: A **copy** of this HIPAA-compliant release allows you to disclose health information. If you send records to the employer's workers' compensation insurer in response to this release, also mail copies to the Claimant's legal representative. (If no legal representative is listed below, send copies to the Claimant.) Health care providers who release records must follow New York state law and HIPAA.

This release is:

- **Voluntary.** Your health care provider(s) must give you the same care, payment terms, and benefits, whether you sign this form or not.
- **Limited.** It gives your health care provider(s) permission to release only those health records that are related to the previous illness/condition you describe below.
- **Temporary.** It ends when your current claim for compensation is established or disallowed and all appeals are exhausted.
- **Revocable.** You can cancel this release at any time. To cancel, send a letter to the health care provider(s) listed on this form. Also, send a copy of your letter to your employer's workers' compensation insurer and the Workers' Compensation Board. Note: You may not cancel this release with respect to medical records already provided.
- **For records only.** It gives your health care provider(s) listed on this form permission to send copies of your health care records to your employer's workers' compensation insurer.

This form does NOT allow your health care provider(s) to release the following types of information:

- **HIV-related information**
- **Psychotherapy notes**
- **Alcohol/Drug treatment**
- **Mental Health treatment** (unless you check below)
- **Verbal information** (your health care providers may not discuss your health care information with anyone)

Any medical records released will become part of your workers' compensation file and are confidential under the Workers' Compensation Law.

A. YOUR INFORMATION (Claimant)

1. Name: _____ 2. Social Security Number: _____ - _____ - _____
3. Mailing Address: _____
4. Date of Birth: _____ / _____ / _____ 5. Date of the current injury/illness: _____ / _____ / _____
6. Current injury/illness, including all body parts injured: _____
7. Your legal representative's name and address (if any): _____

Check here if you allow your health care provider(s) to release **mental health care** information.

B. YOUR HEALTH CARE PROVIDER(S) (List all health care providers who treated you for a *previous* injury to the same body part or similar illness. If more than 2 providers attach their contact information to this form.)

1. Provider: _____ 2. Phone Number: () _____
3. Mailing Address: _____
4. Other provider (if any): _____ 5. Phone Number: () _____
6. Mailing Address: _____

C. READ AND SIGN BELOW. I hereby request that the health care provider(s) listed above give my employer's workers' compensation insurer copies of all health records related to any previous injury/illness, to all body parts, described above.

Claimant's signature (ink only -- use blue ballpoint pen, if possible.) _____ Date _____

If the claimant is unable to sign, the person signing on the claimant's behalf must fill out and sign below:

Your name _____ Relationship to Claimant _____ Signature (ink only -- use blue ballpoint pen, if possible.) _____ Date _____

WCB کیس نمبر (اگر آپ کے علم میں ہو):

دعویدار کے لئے: اگر آپ نے جسم کے ایک ہی حصے میں پچھلی چوٹ کا علاج کرایا ہے یا آپ کے موجودہ دعوے میں بیان کردہ بیماری کی طرح کسی بیماری کا علاج کرایا ہے تو اس فارم کو پُر کریں۔ یہ فارم آپ کے نیچے درج کردہ صحت کی نگہداشت فراہم کنندگان کو آپ کے آجر کے کارکنوں کے معاوضے کے بیمہ کار کو آپ کی پچھلی چوٹ/بیماری کے بارے میں صحت کی نگہداشت کی معلومات جاری کرنے کی اجازت دیتا ہے۔ وفاقی HIPAA قانون (ہیلتھ انشورنس پورٹیبلیٹی اینڈ اکاؤنٹیٹی ایکٹ 1996) میں کہا گیا ہے کہ آپ کو اس فارم کی نقل حاصل کرنے کا حق ہے۔ اگر آپ اس فارم کو نہیں سمجھتے ہیں تو اپنے قانونی نمائندہ سے بات کریں۔ اگر آپ کے پاس کوئی قانونی نمائندہ نہیں ہے تو ورکرز کمپنیشن بورڈ میں موجود ایڈووکیٹ فار انجرڈ ورکرز آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ کال کریں: 800-580-6665۔

صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ کے لئے: HIPAA کے مطابق جاری ہونے والی اس نقل آپ کو صحت کی معلومات ظاہر کرنے کی اجازت دیتی ہے۔ اگر آپ اس اجراء کے جواب میں آجر کے کارکنوں کے معاوضہ بیمہ کار کو ریکارڈ بھیجتے ہیں تو دعویدار کے قانونی نمائندے کو بھی نقول ڈاک کے ذریعے بھیجیں۔ (اگر کوئی قانونی نمائندہ ذیل میں درج نہیں ہے تو دعویدار کو نقول بھیجیں۔) ریکارڈ جاری کرنے والے صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ کو نیویارک کے ریاستی قانون اور HIPAA پر عمل کرنا چاہئے۔

یہ اجراء ہے:

- **رضاکارانہ**۔ آپ کے صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ (کنندگان) کو آپ کو ایک ہی نگہداشت، ادائیگی کی شرائط اور فوائد دینے چاہئیں، چاہے آپ اس فارم پر دستخط کریں یا نہ کریں۔
- **محدود**۔ یہ آپ کے صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ (کنندگان) کو صرف ان صحت ریکارڈز کو جاری کرنے کی اجازت دیتا ہے جو آپ کی ذیل میں بیان کی گئی پچھلی بیماری/حالت سے متعلق ہیں۔
- **عارضی**۔ یہ اس وقت ختم ہوتا ہے جب معاوضے کے لئے آپ کا موجودہ دعویٰ قائم یا مسترد کر دیا جاتا ہے اور تمام اپیلیں ختم ہو جاتی ہیں۔
- **قابل منسوخ**۔ آپ کسی بھی وقت اس اجراء کو منسوخ کر سکتے ہیں۔ منسوخ کرنے کے لئے، اس فارم پر درج صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ (کنندگان) کو ایک خط بھیجیں۔ اس کے علاوہ، اپنے خط کی ایک نقل اپنے آجر کے کارکنوں کے معاوضہ بیمہ کار اور ورکرز کمپنیشن بورڈ کو بھیجیں۔ نوٹ: آپ پہلے سے فراہم کردہ طبی ریکارڈ کے حوالے سے اس اجراء کو منسوخ نہیں کر سکتے ہیں۔
- **صرف ریکارڈ کے لیے**۔ یہ آپ کے صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ (کنندگان) کو اس فارم پر درج آپ کے آجر کے کارکنوں کے معاوضہ بیمہ کار کو آپ کے صحت کی نگہداشت کے ریکارڈ کی نقول بھیجنے کی اجازت دیتا ہے۔

یہ فارم آپ کے صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ (کنندگان) کو درج ذیل اقسام کی معلومات جاری کرنے کی اجازت نہیں دیتا:

● ایچ آئی وی سے متعلق معلومات

● نفسیاتی علاج نوٹ

● شراب/منشیات کا علاج

● ذہنی صحت کا علاج (جب تک آپ نیچے چیک نہ کریں)

● **زبانی معلومات** (آپ کے صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ آپ کی صحت کی نگہداشت کی معلومات پر کسی سے بات نہیں کر سکتے ہیں)

جاری کردہ کوئی بھی طبی ریکارڈ آپ کے کارکنوں کی معاوضہ فائل کا حصہ بن جائے گا اور ورکرز کمپنیشن قانون کے تحت خفیہ ہے۔

A: آپ کی معلومات (دعویدار)

1. نام: _____

2. سوشل سیکورٹی نمبر: _____

3. ڈاک پتہ: _____

4. تاریخ پیدائش: _____ / _____ / _____

6. موجودہ چوٹ/بیماری، بشمول جسم کے تمام زخمی اعضاء: _____

7. آپ کے قانونی نمائندے کا نام اور پتہ (اگر کوئی ہو): _____

یہاں چیک کریں کہ کیا آپ اپنے صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ (کنندگان) کو ذہنی صحت کی نگہداشت معلومات جاری کرنے کی اجازت دیتے ہیں۔

B. آپ کا صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ (کنندگان) (ان تمام صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ (کنندگان) کی فہرست بنائیں جنہوں نے آپ کا علاج سابقہ ایک ہی جسم کے حصے یا اسی طرح کی بیماری میں چوٹ کے لئے کیا تھا۔ اگر 2 سے زائد فراہم کنندگان اپنی رابطہ معلومات اس فارم سے منسلک کرتے ہیں۔)

1. فراہم کنندہ: _____

2. فون نمبر: _____

3. ڈاک پتہ: _____

4. دوسرا فراہم کنندہ (اگر کوئی ہو): _____

5. فون نمبر: _____

6. ڈاک پتہ: _____

C. پڑھیں اور نیچے دستخط کریں۔ میں اس کے ذریعے درخواست کرتا/کرتی ہوں کہ مندرجہ بالا تمام اعضاء کی سابقہ چوٹ/بیماری سے متعلق صحت کے تمام ریکارڈز کی نقول مندرجہ بالا صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ میرے آجر کے کارکنوں کے معاوضہ بیمہ کنندہ کو فراہم کرے۔

دعویدار کے دستخط (صرف سیاہی - اگر ممکن ہو تو نیلے بال پوائنٹ پین کا استعمال کریں۔) _____

اگر دعویدار دستخط کرنے سے قاصر ہے، دعویدار کی طرف سے دستخط کرنے والے شخص کو بھرنا ہوگا اور نیچے دستخط کرنا ہوگا:

آپ کا نام _____ دعویدار سے تعلق _____ دستخط _____ تاریخ _____

(صرف سیاہی - اگر ممکن ہو تو نیلے بال پوائنٹ پین کا استعمال کریں۔)