

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 چاہیے 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 برسر 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 دعویٰ آپ کے آجر یا آپ کے آخری آجر کے بیمہ کیئرینر کے پاس جمع کروایا جانا چاہیے۔ آپ ورکرز کمپنیشن بورڈ کی ویب سائٹ، www.wcb.ny.gov پر، آجر کی کوریج کی تلاش استعمال کرتے ہوئے اپنے آجر کا معذوری کا بیمہ کیئرینر 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 دعویٰ اس پتے پر ارسال کیا جانا چاہیے:

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 نگہداشت صحت کے فراہم کنندہ کی جانب سے پُر کیا جانا چاہیے، اور ایک سیکشن ہے جسے آپ کے آجر کی جانب سے مکمل کیا جانا چاہیے۔ یہ فارم اپنے آجر کو فراہم کرنے سے پہلے، اپنا سیکشن پُر کر لیں اور محفوظ رکھنے کے لیے ایک نقل بنا لیں۔

• نگہداشت 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 کیئرینر کے پاس فارم جمع کروانے کے لیے آپ کو انتظار کرنا چاہیے۔ 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 چاہیے۔ آپ کو یہ فارم اپنے بیمہ کیئرینر کو ارسال کر دینا چاہیے۔ 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 کیئرینر 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 دعویٰ 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 کیئرینر 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 کیئرینر 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 (877) 632-4996 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 کل 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 کل اجرت (کسی بھی گھنٹی 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 کل 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 - نگہداشت صحت کے فراہم کنندہ کا بیان (نگہداشت صحت کے فراہم کنندہ کی جانب سے مکمل کیا جائے)

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

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 چاہیے اور ملازم کو واپس کر دینا چاہیے۔

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 رقم 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) کل اوسط ہفتہ وار اجرت کا تخمینہ لگائیں۔

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، کیسے اور کہاں یہ چوٹ لگی تھی): _____

8. آپ کے معذور ہونے کی تاریخ: _____ / _____ / _____ کیا آپ نے اس دن کام کیا تھا؟ جی ہاں نہیںکیا 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۔

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

معذوری کے پہلے دن سے قبل آخری 8 ہفتوں میں کمانی گئی کل 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			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
		تخمینہ شدہ اوسط کل ہفتہ وار اجرت:	

10. میری ملازمت ہے یا تھی: _____ 11. یونین ممبر: جی ہاں نہیں اگر "ہاں": _____

یونین کا نام یا مقامی نمبر

پیشہ

12. کیا آپ اس معذوری سے پہلے بے روزگاری کے وظیفے کا دعویٰ یا اسے حاصل کر رہے تھے؟ جی ہاں نہیں

اگر آپ نے دعویٰ نہیں کیا یا اگر آپ نے دعویٰ کیا تھا لیکن آخری دن کام کرنے کے بعد بھی بے روزگاری کے بیمے کے وظائف حاصل نہیں کیے، تو تفصیل سے وجوہات کی وضاحت کریں: _____

اگر آپ نے بے روزگاری کے وظائف حاصل کیے تھے، تو حصول کی تمام مدتوں کی فہرست فراہم 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 کمپنیشن برائے کام سے متعلقہ معذوری؟ جی ہاں نہیں
- 4- بغیر خطا کے موثر 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 ہذا 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۔

تاریخ

دعویدار کے دستخط

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 کمپنیشن ریکارڈز کو ظاہر کرنے کے لیے دعویدار کی اجازت، جمع کروائیں۔

دعویدار سے تعلق

پتہ

دعویدار کی جانب سے

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

نگہداشت صحت کے فراہم کنندہ کا بیان مکمل طور لازمی پر کیا جائے۔ موقع پر موجود نگہداشت صحت کا فراہم کنندہ فراہم وصول ہونے کے سات (7) دنوں کے اندر مکمل کرے گا اور دعویدار کو واپس کرے گا۔ اگر معذوری کی وجہ حمل ہو یا حمل کے نتیجے میں پیدا ہوئی ہو، تو انٹم 7-8۔ 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- غیر جانبدارانہ 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 <input type="checkbox"/> زچگی کی متوقع تاریخ یا <input type="checkbox"/> 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:

لاسنس نمبر

ریاست میں لاسنس یافتہ یا سند یافتہ ہوں

(فریسن، کارپوریٹر، ڈینٹسٹ، پوڈیاٹرسٹ، ماہر نفسیات، نرس، مہ وانف) ہوں

تاریخ

نگہداشت صحت فراہم کنندہ کے دستخط

نگہداشت صحت فراہم کنندہ کا پرنٹ کردہ نام

فون #

نگہداشت صحت فراہم کنندہ کا پتہ

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 صاحب 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 قابل 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 ہونٹسز، 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)	جتے دن کام کیا گیا	کل ادا شدہ رقم
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
		تخمینہ شدہ اوسط کل ہفتہ وار اجرت:	

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: براہ کرم معذوری کے لیے مخصوص تاریخیں فراہم کریں _____

PFL: براہ کرم PFL کے لیے مخصوص تاریخیں فراہم کریں _____

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

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

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

میں نے نیچے دی گئی دھوکہ دہی کی معلومات پڑھ لی ہیں اور تسلیم کی ہیں اور تصدیق کرتا/ 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 A-6) اور 1974 کا وفاقی ایکٹ برائے رازداری (U.S.C. § 552a 5). ورکرز کمینیشن بورڈ (بورڈ) کا اختیار کہ دعویٰ داروں سے ان کے سوشل سکیورٹی نمبر سمیت، ذاتی معلومات فراہم کرنے کی درخواست کر سکیں، جو کہ ورکرز کمینیشن 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 دعووں 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 کمینیشن کے دعوے یا معذوری کے وظائف کے دعوے کا فیصلہ کرنے کے لیے، (a)(4) WCL 13-a اور NYCRR 325-1.3 12 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۔ CFR 164.512 45 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 کمینیشن 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 (877) 632-4996 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۔