



امریکی محکمہ محنت
ملازمت کے معیار کا انتظامیہ
ملازمین کو معاوضے کے پروگراموں کا آفس

معائنے اور /یا علاج کے لئے درخواست

OMB No. 1215-0066	حصہ A - اختیار دینا
1. یہ اختیار ملازمین کے معاوضہ ایکٹ کے تحت جانچ اور/یا علاج کے لئے ہے جس کی نشاندہی نیچے کی گئی ہے: A ☐ ساحل سمندر اور بندرگاہ پر کام کرنے والوں کے معاوضہ سے متعلق ایکٹ B ☐ دفاع کی کارروائی جس مقام سے کی جائے اس سے متعلق ایکٹ C ☐ غیر مختص شدہ فنڈ کے وسائل سے متعلق ایکٹ D ☐ براعظم کے بیرونی حصے کی ساحلی زمین سے متعلق ایکٹ	آجر کے لئے ہدایات فارم کا یہ حصہ پورے طور پر مکمل ہونا ضروری ہے، اور یہ ملازمین کی پسند کے معالج کو یہ اختیار دیتا ہے (*دیکھنے نیچے شق 2) کہ وہ ملازمت کے دوران اور اس کے تعلق سے کسی حادثے میں زخمی ہوئے، بیمار پڑنے یا کسی مرض کا شکار ہونے پر، ملازمین کے لئے وفاقی معاوضہ ایکٹ جس پر دائیں طرف کے خانے میں نشان لگایا گیا ہے، کے تحت ایک ملازم کی جانچ اور/یا اس کا علاج کرے۔ شق 7 میں خانہ A یا B کو نشان زد کیجئے۔ اس فارم کی اصل اور کم از کم دو کاپیاں معالج کو دینے کے لئے ہیں۔ معالج اس کی پشت پر طبی رپورٹ اور ابتدائی بل پیش کریں گے، اور دس دنوں کے اندر رپورٹ کی اصل کاپی ضلع کے ڈائریکٹر کو اور اس کی نقول انشورنس کمپنی یا آجر، جس کا نام شق 13 میں مذکور ہے، کو بھیجیں گے۔ معالج کے ذریعہ بعد کی مزید رپورٹیں طلب کئے جانے پر فارم LS-204 پر اور/یا تفصیلی رپورٹوں میں جمع کی جانی چاہئے۔ ایک ملازم کسی ایسے معالج کو جو فی الحال محکمہ محنت کی جانب سے با اختیار نہ ہو، طبی نگہداشت کے لئے منتخب نہیں کر سکتا ہے۔ لوگوں کو اس وقت تک اس مجموعہ معلومات کا جواب دینے کی ضرورت نہیں ہے جب تک کہ اس پر کوئی جائز OMB کنٹرول نمبر موجود نہ ہو۔ جمع کی گئی معلومات کو زخمی ملازمین کی طبی خدمات کی نگرانی کے لئے استعمال کیا جانے کا اور ان معلومات کی فراہمی لازمی ہے (20 CFR 702.419)۔

2. اس معالج یا مطب کا نام و پتہ جسے طبی خدمات کی فراہمی کا اختیار دیا گیا ہو۔ *(معالج کی اصطلاح میں، ماہر ادویہ (MD)، سرجن، پاؤں کے ڈاکٹر، دانت کے ڈاکٹر، طبی ماہر نفسیات، ماہر امراض چشم، مالشی معالج، جوڑوں اور ریڑھ کی ہڈی کے امراض کے ماہر، سہلی شامل ہیں۔ جوڑ اور ریڑھ کی ہڈی کے امراض سے متعلق علاج کی خدمات کے لئے ادائیگی، جسم کی طبی جانچ، متعلقہ لیبارٹری ٹیسٹ، ریڑھ کی ہڈی کے اپنی جگہ سے کھسک جانے کی تشخیص کے لئے ایکس رے اور علاج جس میں ایکس رے کے ذریعہ شناخت کردہ کھسکی ہوئی ہڈی کو ٹھیک کرنا شامل ہے، تک محدود ہے۔ (دیکھئے 20 CFR 702.404)	3. ملازم کا نام (آخری، پہلا، وسطی)	4. زخمی ہونے کی تاریخ (مہینہ/دن/سال)	5. پیشہ
---	------------------------------------	--------------------------------------	---------

6. حادثہ یا مرض کیسے ہوا

7. آپ کو اس بات کا اختیار ہے کہ آپ ملازمین کو طبی خدمات بہم پہنچائیں اس کی تفصیل حسب ذیل ہے: A ☐ اگر آپ کو یقین ہو کہ یہ صورتحال زخم، یا ملازم کے پیشے سے متعلق ہے، تو اس صورت میں آفس اور/یا اسپتال سے متعلق علاج جیسا بھی اس چوٹ کے اثرات کے مطابق ضروری ہو، فراہم کریں۔ B ☐ اگر آپ کو اس بات میں شک ہو کہ آیا جانچ میں جو صورت حال سامنے آئی ہے وہ چوٹ سے متعلق ہی ہے، تو اس صورت میں آپ کو اختیار ہے کہ، آپ ضروری غیر جراحی تشخیصی مطالعات کا استعمال کرتے ہوئے ملازم کی جانچ کریں، اور آپ کو چاہئے کہ آپ فی الفور ان لوگوں جو شق 13 کی فہرست میں شامل ہیں، مشورہ دیں کہ آیا آپ یہ یقین رکھتے ہیں کہ یہ عذر مبینہ چوٹ کی بنا پر ہے۔ آپ حتمی فیصلے پر پہنچنے تک، ضروری روایتی علاج فراہم کر سکتے ہیں۔ آپ سے درخواست کی جاتی ہے کہ آپ ابتدائی علاج کی تحریری رپورٹ ضلع کے ڈائریکٹر کے پاس اس کے آفس میں جس کا نام نیچے شق 12 میں مذکور ہے، دس دنوں کے اندر جمع کریں (میڈیکل رپورٹ اور اپنی اجرت سے متعلق ہدایات جاننے کے لئے اس فارم کے پشت کا حصہ دیکھیں)۔	8. اختیار دینے والے اہل کار کا دستخط اور عہدہ (تمام نقول پر دستخط کریں)	9. آجر کا نام اور پتہ
---	---	-----------------------

10. ٹیلی فون (علاقے کا کوڈ اور مقامی نمبر)	11. تاریخ جس میں یہ اختیار دیا گیا (مہینہ/دن/سال)
12. اپنی رپورٹ کی ایک کاپی اس پتے پر بھیجئے: امریکی محکمہ محنت ملازمت کے درجات کی انتظامیہ ملازمین کے معاوضہ پروگرام کا دفتر U.S. Department of Labor Employment Standards Administration Office of Workers' Compensation Programs	13. انشورنس کے حامل یا بذات خود انشورنس کرنے والے آجر کا نام اور پتہ جس کے پاس بل اور رپورٹ کی کاپی بھیجی جانی چاہئے۔

عوامی ذمہ داری کا بیان

اس مجموعہ معلومات کے لئے عوام کو خبردار کرنے کی ذمہ داری کا تخمینہ اوسطاً 65 منٹ فی جواب ہے، اس میں ہدایات پر نظر ثانی، موجودہ بنیادی معلومات کے ذرائع کی تحقیق، ضروری بنیادی معلومات کو جمع کرنا اور محفوظ رکھنا اور مجموعہ معلومات کی تکمیل اور اس پر نظر ثانی بھی شامل ہے۔ اس ذمہ داری کے تخمینے یا اس مجموعہ معلومات کے کسی اور پہلو سے متعلق تبصرے، جس میں اس ذمہ داری کو کم کرنے کے سچھاؤ شامل ہیں،
U.S. Department of Labor, Division of Longshore and Harbor Workers' Compensation, Room C4315, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210
کے پتے پر بھیجیں۔ اس پتے پر مکمل کردہ درخواست نہ بھیجیں۔

CNA انشورنس کے ذریعہ یہ ترجمہ اپنے [دعویٰ کنندگان / بیمہ کروانے والوں] کے ذریعہ CNA انشورنس کے یہاں دعویٰ دائر کرنے کے لئے تیار کروایا گیا تھا۔

حصہ B - زخمی ہونے سے متعلق معالج کی رپورٹ اور علاج

ہدایات برائے معالج: یہ ابتدائی رپورٹ دس دنوں کے اندر مکمل اور جمع ہو جانی چاہئے۔ اس کی اصل ضلع کے ڈائریکٹر (پتے کے لئے دیکھئے شق 12) کو اور ایک کاپی اس کمپنی کو جس کا نام شق 13 میں درج ہے، بھیج دیجئے۔ مزید اگلی رپورٹیں مستقل طور پر فارم LS-204 اور / یا بیانیہ فارم میں جب کہ ملازم آپ کی زیر نگرانی ہو تیار کی جانی چاہئیں۔ براہ کرم شق 7 اس فارم کے پہلے صفحہ پر ملاحظہ فرمائیں۔ آپ کا سوشل سیکیورٹی نمبر رضا کارانہ ہے اور اس کا استعمال صرف شناخت کے مقاصد کے لئے ہی کیا جاسکتا ہے۔

14. ملازم نے آپ کو چوٹ یا بیماری کی کیا گزشتہ تفصیلات بتائی ہیں؟

15. کیا پہلے سے موجود زخم، بیماری یا جسمانی خرابی کی بھی کوئی سابقہ تفصیل رہی ہے؟

☐ نہیں ☐ ہاں - براہ کرم بیان کیجئے

16. آپ کی تشخیص کے نتائج کیا ہیں؟ (اس میں ایکس رے اور لیبارٹری ٹیسٹ وغیرہ کی رپورٹ شامل کریں)؟

18. کیا آپ یقین رکھتے ہیں کہ جو صورت حال پائی گئی اس کی وجہ یا اس میں شدت و سنگینی پیدا ہوجانے کی وجہ وہی بیان کردہ ملازمت سے تعلق رکھنے والی سرگرمی ہے؟
(اگر آپ کو شک ہے تو آپ براہ کرم اپنے جواب کی وضاحت کریں۔)

☐ ہاں ☐ نہیں

20. کیا اسپتال میں مزید بھرتی کرنے کی ضرورت ہے؟
☐ ہاں ☐ نہیں

19a. کیا جوٹ کے سبب اسپتال میں بھرتی ہونا پڑا؟ □ نہیں □ ہاں - deeb کو مکمل کیجئے

b. اسپتال کا نام

c. اسپتال میں داخل کئے جانے کی تاریخ (مہینہ/دن/سال)

d. فراغت کی تاریخ

22. کس تاریخ میں سرجری کا عمل کیا گیا (مہینہ/دن/سال)

21. سرجری (اگر کی گئی ہو، تو اس کی نوعیت بیان کریں)

24. چوٹ کے مستقل اثرات، اگر کچھ ہوسکتے ہیں تو ان سے متعلق آپ کا اندازہ کیا ہے؟

23. اسپتال میں داخل کرنے یا سرجری کے علاوہ آپ نے اور کون سا علاج بہم پہنچایا؟

27. علاج سے فارغ کردئے جانے کی تاریخ (مہینہ/دن/سال)

25. پہلی طبی جانچ کی تاریخ (مہینہ/دن/سال)	26. علاج کی تاریخ (تاریخیں) (مہینہ/دن/سال)
--	---

29. تاریخ جب ملازم اپنا کام دوبارہ شروع کرسکتا ہے (مہینہ/دن/سال)

☐ بلکہ کام کرنے کے لئے

☐ باقاعدہ طور پر کام کرنے کے لئے

28. معنوری کا وقفہ (اگر آخری تاریخ معلوم نہیں ہے تو - اس طرح لکھیں)

مکمل معنوری:	از	تک
جزوی معنوری	از	تک

30. اگر ملازم دوبارہ کام شروع کرنے کے لائق ہے تو کیا اس مرد/عورت کو اس کی صلاح دی گئی ہے؟ ☐ نہیں ☐ ہاں - صلاح یا مشورہ دینے کی تاریخ درج کریں (مہینہ/دن/سال)

31. اگر ملازم دوبارہ صرف ہلکا کام شروع کرنے کے لائق ہے تو جسمانی معذوری اور ایسا کام جو مناسب طور پر اس معذوری کے ساتھ انجام دیا جاسکتا ہو، اس کی نشان دہی کیجئے۔

32. مستقبل کی نگہداشت کے لئے ملاحظات و سفارشات، اگر بیان کیا گیا ہو۔

33. کیا آپ کو اختصاص حاصل ہے؟ ☐ نہیں ☐ ہاں - اختصاص کی وضاحت کیجئے

36. معالج کا شوشل سیکورٹی نمبر

35. پتا (نمبر گلی، شہر، صوبہ ZIP کوڈ)

34. معالج کا دستخط اور ٹائپ کیا ہوا نام

37. اس رپورٹ کی تاریخ (مہینہ/دن/سال)

38. میڈیکل بل (آپ کی خدمات کے معاوضے کی تفصیل ذیل کے خالی جگہ یا جدول میں پیش کی جاسکتی ہے۔)

رقم	فی اکائی قیمت		تعداد یا نمبر	خدمات اور فراہم کی جانے والی اشیا نمبر وار درج کی جائیں	تاریخ اور علاج کی درمیانی مدت
	فی	قیمت			
		میزان			

CNA انشورنس کے ذریعہ یہ ترجمہ اپنے [دعویٰ کنندگان / بیمہ کروانے والوں] کے ذریعہ CNA انشورنس کے یہاں دعویٰ دائر کرنے میں استعمال کرنے کے لئے تیار کروایا گیا تھا۔