آجر کی طرف سے چوٹ یا پیشہ وارانہ مرض کی پہلی رپورٹ

(ہدایات دوسری طرف دیکھئے – شق 1 اور 2 خالی چھوڑ دیں۔

امریکی محکمہ محنت

ملازمت کے معیار کا انتظامیہ

ملازمین کو معاوضے کے پروگراموں کا آفس

OMB No. 1215-0031

1. OWCP نمبر

2. کیریئر کا نمبر

3. حادثہ کی تاریخ اور وقت
ماہ/دن/سال گھنٹہ/منٹ صبح/شام

4. چوٹ کھانے یا بیمار پڑنے والے ملازم کا نام (ٹائپ یا جلی حروف میں لکھیں- پہلا نام، درمیانی نام، آخری نام) ٹیلی فون

5. ملازم کا پتا (نمبر، گلی، شہر، صوبہ، ZIP، ملک)

6. درج ذیل ایکٹ کے تحت زخمی ہونے کی رپورٹ کی جاتی ہے (ایک پرنشان لگائیے)

A ☐ ساحل سمندر اور بندرگاہ پر کام کرنے والوں کے معاوضے سے متعلق ایکٹ

B ☐ دفاعی ٹھکانے سے متعلق ایکٹ

C ☐ غیر مختصص شدہ فنڈ کے وسائل سے متعلق ایکٹ

D ☐ براعظم کے بیرونی حصے کی ساحلی زمین سے متعلق ایکٹ

7. نشان دہی کیجئے کہ زخمی ہونے کا واقعہ کہاں پیش آیا- (صرف ساحل سمندر سے متعلق ایکٹ) ایک پر نشان لگائیے-

A ☐ کشتی کے اوپر یا قابل جہاز رانی پانی کے اوپر

B ☐ جیٹی/بندرگاہ

C ☐ خشک گودی

D ☐ بحری ٹرمینل

E ☐ عمارت کی راہداری

F ☐ بحری ریلوے

G ☐ دوسرے متعلق مقامات

8. جنس
☐ مرد ☐ عورت

9. تاریخ پیدائش (ماہ/دن/سال)

10. شوشل سیکورٹی نمبر (قانون کے اعتبار سے جو ضروری ہو)

11. کیا چوٹ موت کا باعث بنا؟
☐ نہیں
☐ ہاں – اگر ہاں تو شق 16 سے رجوع کیجئے

12. کیا چوٹ کے سبب دن کا اضافی وقت یا حادثے کے شفٹ کا نقصان ہوا ہے؟
☐ ہاں ☐ نہیں

13. تاریخ اور وقت جب چوٹ لگنے کی وجہ سے پہلی بار ملازم کا وقت ضائع ہوا۔
ماہ/دن/سال گھنٹہ/منٹ صبح/شام

14. کیا ملازم نے فی الفور کام روک دیا؟
☐ نہیں
☐ ہاں

15. تاریخ اور وقت جب ملازم کام پر لوٹ آیا
ماہ/دن/سال گھنٹہ/منٹ صبح/شام

16. ملازم جس وقت زخمی ہوا/مرا اس وقت کیا معمول کا کام کررہا تھا؟ (اگر نہیں تو شق 26 میں اس کی وضاحت کیجئے)
☐ نہیں ☐ ہاں

17. کیا زخمی ہونے یا مرجانے کا واقعہ آجر کی عمارت کے اندر پیش آیا؟
☐ نہیں ☐ ہاں

18. وہ شعبہ جس میں ملازم عام طور پر کام کرتا ہے (یا کرتا تھا)

19. پیشہ

20. وہ تاریخ اور وقت جب کہ اجرت روک دی گئی
ماہ/دن/سال گھنٹہ/منٹ صبح/شام

21. فی ہفتہ کن دنوں میں اس نے کام کیا؟ ((X) دنوں پر نشان لگائیں)

S	M	T	W	T	F	S

22. وہ تاریخ جب کہ آجر یا نگراں کار کو پہلے حادثہ کی خبر ملی۔
ماہ/دن/سال گھنٹہ/منٹ صبح/شام

23. اجرت یا کمائی (اورٹائم اور الاؤنس کو شامل کیجئے)

a. گھنٹے کے اعتبار سے	
b. دن کے اعتبار سے	
c. ہفتہ کے اعتبار سے	
d. سال کے اعتبار سے	

24. ٹھیک وہ جگہ جہاں حادثہ پیش آیا (ہدایات پشت پر ملاحظہ فرمائیں)۔ اگر حادثے کا تعلق بحری ملازمت سے ہے اور وہ اس خطے میں پیش آیا جو جہاز رانی کے قابل پانی سے متصل تھا تو اس شق کے تحت اس جگہ کا تعین کیا جانا چاہئے۔

25. حادثے یا پیشہ وارانہ مرض ہونے کا علم کیسے ہوا؟

26. **پوری وضاحت سے بیان کیجئے کہ حادثہ کس طرح پیش آیا** (وہ واقعات بیان کیجئے جس کے نتیجے میں چوٹ لگی یا پیشہ وارانہ مرض لاحق ہوا۔ بتائیے کہ حادثے کے وقت زخمی ہونے والا شخص کیا کررہا تھا۔ یہ بتائیے کہ کیا ہوا اور کیسے ہوا۔ ان اشیاء یا سامان کا نام بتائیے جو اس میں ملوث تھے اور بتائیے کہ وہ کس طرح اس میں اس میں ملوث ہوئے۔ ان تمام عوامل کی مکمل تفصیل پیش کیجئے جو حادثے کا باعث یا اس میں معاون تھے۔)

(ضرورت ہونے پر اضافی صفحہ (صفحات) استعمال کریں اور اس رپورٹ کے ساتھ منسلک کریں)

27. **چوٹ کی نوعیت** (جسم کے متاثر ہونے والے حصے کا نام بتائیں – بایاں پاؤں ٹوٹ گیا، دایاں انگوٹھا چھل گیا وغیرہ) اگر جسم کا کوئی عضو بالکل کٹ کر الگ ہوگیا ہو تو اسے بیان کیجئے۔

28. کیا طبی دیکھ ریکھ کا اختیار دے دیا گیا ہے؟
☐ نہیں
☐ ہاں

29. اختیار دینے کی تاریخ شامل کیجئے
ماہ/دن/سال

30. کیا پہلے علاج کرنے والے معالج کا انتخاب ملازم کی طرف سے کیا گیا تھا؟
☐ نہیں
☐ ہاں

31. کیا انشورنس کے حامل کو اطلاع دی گئی؟
☐ نہیں
☐ ہاں

◄ نام		پتہ – نمبر، گلی، شہر، صوبہ ZIP کوڈ شامل کیجئے ►
32. معالج		
33. اسپتال		
34. انشورنس کا حامل		
35. آجر		
36. آجر کے کاروبار کی نوعیت		37. اس شخص کا دستخط جسے آجر کی جانب سے دستخط کرنے کا اختیار دیا گیا ہے

38. اس رپورٹ پر دستخط کرنے والے شخص کا عہدہ	رپورٹ پر دستخط کرنے والے فرد کا نام	39. اس رپورٹ کی تاریخ (ماہ/دن/سال)

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

Form LS-202
Rev Oct. 1998
Urdu

یہ رپورٹ معہ نقل کے ملازمین کے معاوضے کے پروگرام کے آفس کے ضلعی سطح کے متعلقہ آفس میں ضلع ڈائرکٹر کے پاس پیش کی جانی چاہئے۔ اور یہ 33 U.S.C. 930(a) کے تحت ضروری ہے۔ ملازم کے زخمی ہونے یا وفات پانے کی تاریخ سے یا اس دن سے جب کہ آجر کو پہلے پہل ملازم کے زخمی ہونے یا وفات پانے کی اطلاع ملی ہو، کےدس دنوں کے اندر فارم پیش کیا جانا چاہئے۔ قانون کے تحت تمام علاج معالجے کا معاوضہ آجر یا اس کی انشورنش کمپنی کے ذریعہ فراہم کیا جانا چاہئے۔ علاج ملازم کی پسند کے ڈاکٹر کے ذریعہ ہی کیا جانا چاہئے۔ تاوقتیکہ وہ معالج، معالجین کی اس فہرست میں شامل نہ ہو جنہیں محکمہ محنت کی طرف سے اس ایکٹ کے تحت طبی خدمات فراہم کرنے کا مجاز بنایا گیا ہو۔ معاوضے کی ادائیگی قرض ہوتی ہے اور آجر کو ملازم کے زخمی ہونے یا مرجانے کی اطلاع ملنے کے 14ویں دن قابل ادائیگی ہوتی ہے۔ قانون کی پابندی نہ کرنے کی صورت میں جرمانہ عائد کیا جاسکتا ہے۔ ان اطلاعات کو وظائف کی اہلیت کا فیصلہ کرنے کے لئے استعمال کیا جائے گا۔ جب تک معتبر OMB کنٹرول نمبر ظاہر نہ کیا جائے لوگوں کے لئے اس مجموعہ معلومات کا جواب دینا ضروری نہیں ہے۔

قابل لحاظ چوٹ – کوئی بھی ایسا حادثاتی چوٹ جو ایک یا ایک سے زیادہ کام کے شفٹ کے نقصان یا موت کا باعث ہو اور جو مبینہ طور پر ملازمت کی بنا پر یا اس کے دوران سامنے آیا ہو، بشمول پیشہ وارانہ مرض یا انفکشن جس سے متعلق یہ یقین یا دعوی ہو کہ وہ فطری طور پر اس قسم کی ملازمت یا حادثاتی چوٹ کے ایسے فطری اور ناگزیز نتیجے کی بنا پر پیدا ہوجاتا ہے۔ اگر آجر معاوضے کے حق کے خلاف ہو تو اسے چاہئے کہ وہ ضلع کے ڈائرکٹر کے پاس اپنے اختلاف کی اطلاع ملازم کے زخمی ہونے یا مرنے کی اطلاع ملنے کے 14 دنوں کے اندر پیش کرے۔

شق 6 – A ساحل سمندر اور بندرگاہ کے ملازمین کے معاوضہ کا ایکٹ، ان ملازمین کو تحفظ فراہم کرتا ہے جو امریکا کے قابل جہاز رانی پانی کے اوپر بحری ملازمت کے دوران زخمی ہوئے ہوں۔ (بشمول کوئی متصل راہ داری، جہاز کے لنگر انداز ہونے اور سامان چڑھانے اور اتارنے کی جگہ، ٹرمنل، راہداری، بحری ریلوے اور دوسرے متصل مقامات جن کا استعمال عام طور پر کسی آجر کے تعلق سے سامان اتارنے چڑھانے، مرمت کرنے یا کشتی سازی کے لئے کیا جاتا ہو) – امریکا کے قابل جہاز رانی پانی کے اوپر یا دوسرے بیان کئےگئے مقامات، پر زخمی ہونے والے ایسے ملازمین جو زخمی ہونے کے وقت بحری ملازمت میں رہے ہوں اور دوسری صورت میں واضح طور پر انہیں ایکٹ (33 U.S.C. 902) کے تحت خارج نہ کیا گیا ہو۔

B. دفاعی ٹھکانوں سے متعلق ایکٹ ان میں سے ہر اس ملازمت کا احاطہ کرتا ہے جو، (1) عام فضائی اور بحری افواج کے ٹھکانے جنہیں امریکا نے بیرونی ممالک سے حاصل کیا ہو (2) امریکا کے براعظمی حدود سے باہر وہ زمین جو عام فوج یا بحریہ کے مقاصد کے لئےہو، سے تعلق رکھتا ہو (3) اس کا تعلق کسی ایسے عوامی کام سے ہو جو امریکا کے براعظمی حدود سے باہر امریکا کے ساتھ کسی کنٹریکٹر کے معاہدے کے تحت زیر ملکیت زمین یا زیر انتظام علاقے سے متعلق ہو (4) وہ ملازمت امریکا کے ساتھ ایسے معاہدے کے تحت ہو جس کے بنا پر امریکا کے براعظمی حدود سے باہر اور ایسی جگہوں پر عوامی کام میں مشغول کرنے کے مقصد سے اس طرح کا معاہدہ کیا جاتا ہو جو اوپر (1)، (2) اور (3) نمبر میں مذکور علاقوں کے دائرے میں نہ آتے ہوں۔ (5) وہ ملازمت بعض ایسے معاہدوں کے تحت ہو جنہیں اجتماعی تحفظاتی ایکٹ 1954 بمطابق ترمیم، کے تحت امریکا کی طرف سے منظوری دی گئی اور مالیات کی فراہمی کی گئی ہو؛ اور (6) اس ملازمت کا تعلق ایسے امریکی آجروں کی خدمات سے ہو جو امریکی براعظم سے باہر مسلح افواج کو رفاہی اور اس سے مشابہ خدمات فراہم کرتے ہوں۔

C. غیر متعلق شدہ فنڈ کے وسائل سے تعلق رکھنے والا ایکٹ مسلح افواج کے غیر مختص شدہ فنڈ کے ملازمین کا احاطہ کرتا ہے، جیسے پوسٹ کا تبادلہ، موشن پکچر سروس وغیرہ۔

D. براعظم سے باہر کی سمندری علاقے سے متعلق ایکٹ پرائیوٹ مالکان کے ان ملازمین کا احاطہ کرتا ہے جنہیں پائپ لائن کے ذریعہ زیرآب زمین میں طبعی زرائع کی تلاش، انہیں ترقی دینے، ہٹانے یا کہیں بھیجنے کے ایسے کام میں لگایا گیا ہو جو براعظم سے باہر کی سمندری علاقے میں انجام دیے گئے ہوں۔

شق 24- 'حادثہ پیش آنے کا حقیقی مقام' قریب ترین گلی، شہر، اور قصبہ کے پتے کا متقاضی ہے۔ ساتھ ہی -

- اگر یہ حادثہ کشتی پر پیش آیا ہو تو،

  کشتی کی اس جگہ کی نشان دہی کیجئے جہاں زخمی ہونے کا واقعہ پیش آیا۔ (عرشہ، ہولڈ، ٹوئن ڈیک، انجن روم) کشتی کا نام

- اگر یہ واقعہ جہاز کی راہ داری، جہاز کے لنگر انداز ہونے اور سامان چڑھانے اتارنے کی جگہ، خشک گودی، ٹرمینل کے عمارت کی راہداری، بحری ریلوے اور دوسرا ایسا خطہ جیسے عام طور پر سامان اتارنے چڑھانے، مرمت کرنے یا کشتی سازی کے لئے کیا جاتا ہو۔

  راہ داری، خشک گودی، بحری ریلوے وغیرہ کا نام اور نمبر بتائیے۔
  ٹرمینل یا جہاز سازی کے کارخانے کا نام بتائیے۔
  قریب ترین گلی کا پتہ – شہر اور صوبہ

- اگر زخمی ہونے کا واقعہ فوجی یا دفاعی ٹھکانے پر پیش آیا ہو،

  تو اس ٹھکانے کی ٹھیک اس جگہ کی وضاحت کریں جہاں زخمی ہونے کا واقعہ پیش آیا
  ٹھکانے کا نام
  ٹھکانے کا جائے وقوع، شہر یا دیہات

- اگر یہ واقعہ بر اعظم کے

  بیرونی سمندری حصے پر پیش آیا ہو، تو فوجی تربیت کے مقام اور بلاک نمبر بتائیے۔ علاقے کا نام (مثال کے طور پر مغربی ڈیلٹا کا خطہ) وفاقی پٹہ نمبر، صوبائی پٹہ نمبر، قریب ترین زمین سے وہاں تک کا فاصلہ اور اس کا نام، صوبے کا نام

نوٹ: اس درخواست کوبھرنا معاوضہ ایکٹ کے تحت ذمہ داری کا اعتراف نہیں ہے۔ کوئی بھی آجر، انشورنس کرنے والا یا خود سے انشورنس کیا ہوا آجر جو جان بوجھ کر اور ارادی طور پر ضرورت کے وقت یہ رپورٹ پیش کرنے میں ناکام رہتا ہے یا جان بوجھ کر اور بالارادہ غلط بیانی کرتا ہے یا اس رپورٹ میں تحریف کا مرتکب ہوتا ہے وہ دیوانی قانون کے تحت جرمانے کا سزا وار ہوگا جو اس طرح کی ہر ناکامی، انکار، غلط بیانی، یا تحریف کےلئے 10,000$ سے زیادہ نہیں ہوگا۔
[33 U.S.C.930(e)] اس رپورٹ کو ایسی کسی بھی حقیقت کے لئے کسی مقدمے کے دوران ثبوت نہیں مانا جائے گا جس کا اظہار ایسے چوٹ یا موت سے متعلق کسی بھی کاروائی میں کیا ہو، جن کی بنیاد پر رپورٹ تیار کی گئی ہو۔ [33 U.S.C. 930(c)]

عوامی ذمہ داری کا بیان

ہمارا اندازہ ہے کہ اس مجموعہ معلومات کی تکمیل میں اوسطا 15 منٹ لگیں گے، جس 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 نظرثانی بھی شامل ہے۔ اگر آپ ان تخمینوں یا اس مجموعہ معلومات کے کسی اور پہلو کے بارے میں، جس میں اس ذمہ داری کو کم کرنے کا مشورہ بھی شامل ہے، کوئی تبصرہ کرنا چاہتے ہوں تو اسے مندرجہ ذیل پتے پر بھیج دیں۔
U. S. Department of Labor, Division of Longshore and Harbor Workers Compensation, 200 Constitution Avenue, N.W., Room C-4315, Washington, D.C. 20210. **اس پتے پر مکمل کردہ درخواست نہ بھیجیں۔**

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