

जांच तथा/अथवा इलाज के लिए निवेदन

अमेरिकी श्रम विभाग

रोजगार मानक प्रबंध
कर्मचारी क्षतिपूर्ति कार्यक्रम कार्यालय



भाग ए — अधिकरण

OMB No. 1215-0066

नियोक्ता के लिए निर्देश। फॉर्म का यह पक्ष पूरा भरा जाना आवश्यक है और बॉक्स में दाएं अंकित संघीय कर्मचारी क्षतिपूर्ति अधिनियम में शामिल रोजगार अवधि के दौरान और में होने वाली दुर्घटना संबंधी चोट, बीमारी या रोग के लिए किसी कर्मचारी की जांच तथा/अथवा इलाज के लिए कर्मचारी की पसंद के डॉक्टर (नीचे मद 2 देखें) को अधिकृत करता है।

मद 7 में बॉक्स ए या बी चिन्हित करें। इस फॉर्म की मूल तथा कम से कम दो प्रतियां डॉक्टर को दी जाती हैं। डॉक्टर को चिकित्सा रिपोर्ट और पीछे मुद्रित प्रारम्भिक बिल पूरे भरने तथा दस दिनों के भीतर जिला निदेशक को रिपोर्ट की मूल प्रति तथा बीमा कंपनी या मद 13 में नामित नियोक्ता को उनकी प्रतियां भेजनी होती हैं। डॉक्टर द्वारा फॉर्म एलएस-204 पर बाद वाली और नियमित कार्यवाही रिपोर्टें तथा/अथवा वर्णनात्मक रिपोर्टें, जब भी अनुरोध किया जाए, जमा की जानी चाहिए।

कोई कर्मचारी वह डॉक्टर नहीं चुन सकता जो अभी इस अधिनियम के अंतर्गत चिकित्सा परिचर्या प्रदान करने के लिए श्रम विभाग द्वारा अधिकृत नहीं है।

व्यक्तियों को तब तक इस सूचना संग्रह का प्रत्युत्तर देना जरूरी नहीं है जब तक इसमें मौजूदा वैध ओएमबी/व्दठद्व नियंत्रण संख्या प्रदर्शित न हो। संग्रहित सूचना घायल कर्मचारियों को दी गई चिकित्सा परिचर्या के पर्यवेक्षण के लिए प्रयोग की जाएगी और यह सूचना संलग्न करना अनिवार्य है, 20 सीएफआर 702.419द्व।

1. यह अधिकरण नीचे अंकित कर्मचारी क्षतिपूर्ति अधिनियम के अंतर्गत जांच तथा/अथवा इलाज के लिए है:

ए ☐ तटवर्ती और बंदरगाह कर्मचारी क्षतिपूर्ति अधिनियम

बी ☐ सुरक्षा अड्डा अधिनियम

सी ☐ गैर-विनियोजित पूंजी माध्यम अधिनियम

डी ☐ बाहरी यूरोपीय निष्क्रिय भूमि अधिनियम

2. चिकित्सा सेवा प्रदान करने के लिए अधिकृत डॉक्टर अथवा चिकित्सा केंद्र का नाम और पता

*("डॉक्टर" शब्द में डॉक्टर ऑफ मेडिसिन, डकट, सर्जन, पादरोग विज्ञानी, दंत चिकित्सक, चिकित्सीय मनोवैज्ञानिक, दृष्टि परीक्षक, हड्डी चिकित्सक और मेरुदण्ड चिकित्सक शामिल हैं। मेरुदण्ड चिकित्सा सेवाओं के भुगतान में शारीरिक जांच, संबंधित प्रयोगशाला परीक्षण, रीड की हड्डी खिसकने के निदान हेतु एक्स-रे और एक्स-रे द्वारा प्रदर्शित खिसकी हड्डी सही बैठाने के लिए रीड के जोड़-तोड़ सहित इलाज शामिल हैं। 20 सीएफआर 702.404 देखें।)

3. कर्मचारी का नाम (अंतिम, प्रथम, मध्य)

4. चोट लगने की तारीख (महीना/दिन/साल)

5. व्यवसाय

6. दुर्घटना या बीमारी कैसे हुई

7. आप कर्मचारी को निम्न रूप में चिकित्सा सेवाएं देने के लिए अधिकृत हैं:

ए ☐ यदि आप समझते हैं कि मौजूदा स्थिति चोट अथवा कर्मचारी के व्यवसाय से संबंधित है, इस चोट के प्रभावों के लिए आवश्यक कार्यालय तथा/अथवा अस्पताल इलाज संलग्न करें।

बी ☐ यदि आपको संदेह है कि परीक्षण में पाई गई स्थिति चोट से संबंधित है या नहीं, आप निर्दिष्ट गैर-शल्यात्मक निदान अध्ययन द्वारा कर्मचारी की जांच करने के लिए अधिकृत हैं और मद 13 में सूचिबद्ध कोई सलाह शीघ्र देनी चाहिए, यदि आप समझते हैं कि असमर्थता कथित चोट के कारण है। आगे सलाह देने से पहले आप आवश्यक सुरक्षा इलाज कर सकते हैं।

आपसे प्रथम इलाज की लिखित रिपोर्ट 10 दिनों के भीतर मद 12 में नामित जिला निदेशक के कार्यालय में जमा करने का अनुरोध किया जाता है (चिकित्सा रिपोर्ट और अपने शुल्क जमा करने के संदर्भ में निर्देशों के लिए इस फॉर्म के पीछे देखें)।

8. अधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर और पद (सभी प्रतियों पर हस्ताक्षर करें)

9. नियोक्ता का नाम और पता

10. टेलिफोन (क्षेत्रीय कोड और स्थानीय नंबर)

11. अधिकृति की तारीख (माह/दिन/साल)

12. अपनी रिपोर्ट की एक प्रति भेजें:

अमेरिकी श्रम विभाग
रोजगार मानक प्रबंध
कर्मचारी क्षतिपूर्ति कार्यक्रम कार्यालय

**U.S. Department of Labor
Employment Standards Administration
Office of Workers' Compensation Programs**

13. बीमाकर्ता अथवा स्वतः बीमित नियोक्ता जिसे बिल और रिपोर्ट की प्रति भेजी जानी है, का नाम और पता

लोक दायित्व कथन

इस सूचना संग्रह के लिए लोक सूचना दायित्व निर्देशों की समीक्षा करने के लिए समय, मौजूदा डेटा संसाधनों की खोज, आवश्यक डेटा एकत्र करने और रखरखाव तथा सूचना संग्रहण पूर्ण और समीक्षा करने सहित औसतन 65 मिनट प्रति प्रत्युत्तर अनुमानित है। इस दायित्व अनुमान अथवा इस दायित्व में कमी करने के परामर्श सहित इस सूचना संग्रहण के किसी अन्य पहलू के संदर्भ में अपने विचार भेजें: अमेरिकी श्रम विभाग, समुद्रतटीय और बंदरगाह कर्मचारी क्षतिपूर्ति प्रभाग, कमरा सी-4315, 200 कॉन्स्टिट्यूशन एवेन्यू, एन.डब्ल्यू, वाशिंगटन, डी. सी. 20210 पूरे भरे हुए फॉर्म इस कार्यालय में न भेजें।

भाग बी | सेवारत डॉक्टर की चोट और इलाज की रिपोर्ट

डॉक्टर के लिए निर्देश: यह प्रारम्भिक रिपोर्ट दस दिनों के भीतर पूर्ण और जमा की जानी चाहिए। मूल प्रति जिला निर्देशक (गते के लिए मद 12 देखें) और एक प्रति मद में सूचीबद्ध कंपनी को डाक से भेजें। जबतक कर्मचारी आपकी देखरेख में है बाद वाली रिपोर्टें फार्म एलएस/2004 पर तथा/अथवा वर्णनात्मक रूप में नियमित रूप से बनाई जानी चाहिए। कृपया इस फॉर्म के सागने गद 7 पढ़ें आपका सागाजिक सुरक्षा नंबर रवैम्बिक है और केवल पहचान उद्देश्य हेतु प्रयोग किया जाता है।

14. कर्मचारी ने चोट अथवा बीमारी के बारे में आपको क्या ब्योस दिया है?

15. क्या पहले से मौजूद चोट, रोग या शारीरिक क्षति का कोई ब्योस या प्रमाण है?

☐ नहीं ☐ हां | कृपया विवरण दें

16. आपका निष्कर्ष क्या है (एक-से, प्रयोगशाला जांच आदि के नतीजे शामिल करें)?

17. आपका निदान क्या है?

18. क्या आप समझते हैं कि पाई गई स्थिति, वर्णित रोजगार गतिविधि का कारण या असर थी? (क्या आपने चोट की व्यख्या करें यदि कोई संदेह हो।)

☐ हां ☐ नहीं

19. क्या चोट में अस्पताल भेजने की जरूरत है? ☐ नहीं ☐ हां - बी.सी.डी पूर्ण करें

बी. अस्पताल का नाम

सी. दाखिल होने की तारीख (माह/दिन/साल)

जे. छुट्टी मिलने की तारीख

20. क्या अस्पताल में और रुकने की जरूरत है?

☐ हां ☐ नहीं

21. शल्य चिकित्सा (यदि कोई हो, प्रकार बताएं)

22. शल्य चिकित्सा होने की तारीख (माह/दिन/साल)

23. आपने अस्पताल और शल्य चिकित्सा के अलावा किस प्रकार का इलाज प्रदान किया?

24. आप चोट के किन रथाई प्रभावों, यदि कोई हो, का अनुमान करते हैं?

25. गहली जांच की तारीख (माह/दिन/साल)

26. इलाज की तारीख (माह/दिन/साल)

27. इलाज से छुट्टी की तारीख (माह/दिन/साल)

28. अरागर्थता की अवधि (यदि रागमन तरीख ऊझा हो। ऐसे दर्शाएं)

कुल अलमर्थता: से तक

आर्थिक अलमर्थता: से तक

29. कर्मचारी के काम पर लौटने की तारीख

इसके काम के लिए

नियमित काम के लिए

30. यदि कर्मचारी फिर से काम करने योग्य है, उसे कोई सालाह दी गई है? ☐ नहीं ☐ हां | सालाह की तारीख दर्ज करें (माह/दिन/साल)

31. यदि कर्मचारी फिर से सिर्फ इसके काम करने योग्य है, शारीरिक सीमाओं और कार्य का प्रकार जो इन सीमाओं के साथ उपयुक्त रूप से किया जा सकता है, बताएं। 23. आपने अस्पताल और शल्य चिकित्सा के अलावा किस प्रकार का इलाज प्रदान किया?

32. भविष्य में रावधानी के लिए टिप्पणियां और सिफारिश, यदि हो।

33. क्या आप विशेषज्ञ हैं? ☐ नहीं ☐ हां | विशेषज्ञता विवरण दें

34. डॉक्टर के रस्तादार और दाइप किया हुआ नाम

35. पता (नं., गली, शहर, राज्य, जिप कोड)

36. डॉक्टर का सामाजिक सुरक्षा नंबर

37. इस रिपोर्ट की तारीख (माह/दिन/साल)

38. चिकित्सा बिल (आपकी सेवाओं के लिए शुल्क नीचे दिए स्थान अथवा अपने बिलपत्र पर दे सकते हैं।)

इलाज की तारीख या अवधि	रोवाएं और आपूर्तियां गद अनुसार होनी चाहिए	गात्रा या नाम	इकाई मूल्य		राशि	
			लागत	प्रति	\$	₹
कुल						

यह अनुवाद सीएनए (CNA) इंडायरेंस द्वारा (CNA) इंडायरेंस में दाव भरने में इसका निवदासों/वीनादासों द्वारा प्रमाण के लिए तैयार किया गया था।

LS1 HINDI 080106