

ریاست نیو یارک - ورکرز کمپنیشن بورڈ

یہ فارم مکمل کرنے سے پہلے، ہو سکتا ہے کہ آپ کسی قانونی نمائندے سے بات کرنا چاہیں۔ آپ 1-800-580-6665 پر بھی کال کر سکتے ہیں، اور زخمی کارکنان کے لیے بورڈ کے ایڈووکیٹ کے ساتھ بات کرنے کی درخواست کر سکتے ہیں۔ براہ کرم تمام سوالات کا مکمل طور پر جواب دیں۔ اگر ضرورت ہو تو اضافی صفحات منسلک کریں۔

A. آپ کی معلومات

نام: _____
پہلا _____ آخری _____
پتہ: _____
درمیان والا _____
شہر _____ ریاست _____
نمبر اور اسٹریٹ _____
تاریخ پیدائش: _____ سوشل سکیورٹی #: _____
زپ کوڈ _____ ریاست _____
چوٹ/معذوری کی تاریخ: _____

B. آپ کی تعلیم (تعلیم کا اعلیٰ ترین درجہ منتخب کریں)

ہائی اسکول سے کم ہائی اسکول ڈپلومہ یا GED کالج کالج گریجویٹ

آپ نے اپنی تعلیم کا اعلیٰ ترین درجہ کس ملک میں حاصل کیا: ریاست ہائے متحدہ امریکہ دیگر (براہ کرم واضح کریں) _____

کیا آپ نے کام کی کوئی خصوصی تربیت یا اپرینٹس شپ حاصل کی تھی؟ ہاں نہیں

اگر ہاں، تو براہ کرم تربیت کی قسم درج کریں: _____

مکمل کرنے کی تاریخ: _____ سرٹیفیکیشن/لائسنس وصول ہوا بتاریخ: _____

سرٹیفیکیشن/لائسنس کی میعاد پوری ہونے کی تاریخ (تاریخیں): _____

کیا آپ نے امریکی فوج میں خدمات انجام دی ہیں؟ ہاں نہیں برانچ: _____ تاریخیں: _____

امریکی فوج میں ہوتے ہوئے خصوصی تربیت: _____

براہ کرم کوئی اضافی تربیت درج کریں۔ اسکول/پروگرام کا نام، تربیت اور حاصل کردہ کسی ڈگری یا سرٹیفیکیشن کی تاریخ شامل کریں۔

C. آپ کا کام کا تجربہ

گزشتہ 10 سالوں میں ملازمت کے ان تمام عہدوں کو درج فہرست کریں جن پر آپ فائز رہے ہیں (جیسا کہ وینز ہاؤس ورکر، باورچی)، اور حالیہ ترین کو سب سے پہلے درج کریں۔ اگر ضرورت پڑے تو اضافی شیٹ منسلک کریں۔

ملازمت کا عہدہ: _____

ملازمت کے فرائض: _____

اس ملازمت کا عرصہ (سالوں میں): _____

ملازمت کا عہدہ: _____

ملازمت کے فرائض: _____

اس ملازمت کا عرصہ (سالوں میں): _____

ملازمت کا عہدہ: _____

ملازمت کے فرائض: _____

اس ملازمت کا عرصہ (سالوں میں): _____

D. انگریزی زبان کے بارے میں آپ کی معلومات اور اس کا استعمال

صلاحیت کے درجے کو منتخب کریں بمطابق: بولنا اچھا زیادہ اچھا نہیں بالکل نہیں

پڑھنا اچھا زیادہ اچھا نہیں بالکل نہیں

لکھنا اچھا زیادہ اچھا نہیں بالکل نہیں

جو معلومات میں فراہم کر رہا ہوں وہ میرے بہترین علم اور یقین کے مطابق سچ اور درست ہیں۔ اس فارم پر دروغ گوئی کی سزا کو تسلیم کرتے ہوئے دستخط کیے گئے ہیں۔

دعویدار کے دستخط: _____

دعویدار کا نام (براہ کرم واضح طور پر پرنٹ کریں): _____

تاریخ: _____

فارم VDF-1، "اجرت حاصل کرنے کی صلاحیت سے محرومی - پیشہ ورانہ ڈیٹا کا فارم" مکمل کرنے کے لیے ہدایات

براہ کرم تمام سوالات کا مکمل طور پر جواب دیں۔ اگر ضرورت ہو تو اضافی صفحات منسلک کریں۔ اس فارم کو ذیل میں درج پتے پر ورکرز کمپنیشن بورڈ کو بھیجیں۔ یہ فارم مکمل کرنے سے پہلے، ہو سکتا ہے کہ آپ کسی قانونی نمائندے سے بات کرنا چاہیں۔ آپ 1-800-580-6665 پر بھی کال کر سکتے ہیں، اور زخمی کارکنان کے لیے بورڈ کے ایڈووکیٹ کے ساتھ بات کرنے کی درخواست کر سکتے ہیں۔ اس فارم میں موجود حقائق کو اجرت کمانے کی صلاحیت سے آپ کی محرومی کا تعین کرنے کے لیے استعمال کیا جائے گا۔

اگر آپ کے پاس اپنا ورکرز کمپنیشن بورڈ کیس نمبر نہیں ہے یا آپ نہیں جانتے، تو براہ کرم اس جگہ کو خالی چھوڑ دیں۔ آپ کے دعوے پر عمل کاری ضروری نہیں ہے۔ اپنا نام اور اپنی چوٹ یا بیماری کی تاریخ درج کرنا یقینی بنائیں۔

سیکشن A - آپ کی معلومات:

- اپنا مکمل نام درج کریں۔ پہلا نام، درمیانی نام کا پہلا حرف، اور آخری نام شامل کریں۔
- اگر جانتے ہیں، تو اپنا ورکرز کمپنیشن بورڈ کیس نمبر درج کریں۔
- اپنا خط و کتابت کا پتہ درج کریں۔ اگر قابل اطلاق ہو تو، P.O. باکس، شہر یا قصبہ، ریاست، اور زپ کوڈ شامل کریں۔
- اپنی تاریخ پیدائش درج کریں۔
- اپنا سوشل سکیورٹی نمبر درج کریں۔ یہ چیز آپ کے دعوے پر تیز تر عمل کاری میں مدد کے لیے اہم ہے۔
- چوٹ لگنے کی تاریخ درج کریں۔

سیکشن B - آپ کی تعلیم:

- اپنی حاصل کردہ تعلیم کے اعلیٰ ترین درجے کے ساتھ موجود خانے کو نشان زد کریں۔
- اگر آپ نے کوئی بھی خصوصی تربیتی اپریٹس شپ مکمل کی ہے تو "ہاں" کو نشان زد کریں۔ اگر آپ نے ایسا نہیں کیا تو "نہیں" کو نشان زد کریں۔ اگر آپ نے "ہاں" جواب دیا ہے، تو تربیت اور اپریٹس شپ کی نوعیت درج کریں۔ تربیت یا اپریٹس شپ مکمل ہونے کی تاریخ فراہم کریں۔ وصول ہونے والے کسی سرٹیفیکیشن یا لائسنس اور اس کی میعاد پوری ہونے کی تاریخ درج کریں۔
- اگر آپ نے امریکی فوج میں خدمات انجام دی ہیں تو "ہاں" کو نشان زد کریں۔ اگر آپ نے ایسا نہیں کیا تو "نہیں" کو نشان زد کریں۔ اگر آپ سوال کا جواب "ہاں" میں دیتے ہیں، تو فوج کی اس برانچ کی نشاندہی کریں جس میں آپ نے خدمات انجام دی ہیں۔ سروس کی تاریخیں درج کریں۔ آپ کو حاصل ہونے والی کسی پیشہ ورانہ اور/یا خصوصی تربیت کو درج کریں۔
- اگر آپ نے کوئی ایسی تربیت مکمل کی ہے جو درج بالا میں درج فہرست نہیں، تو براہ کرم اپنی حاصل ہونے والی تربیت کی نوعیت درج فہرست کریں۔ آپ کو حاصل ہونے والی کسی ڈگری یا سرٹیفیکیشن کی نشاندہی کریں۔

سیکشن C - آپ کا کام کا تجربہ:

- اپنی ملازمت کا حالیہ ترین عہدہ درج فہرست کریں (جیسا کہ ویئر ہاؤس ورکر، باورچی)۔ اگر آپ نے ایک سے زیادہ آجرین کے ساتھ یہ ملازمت کی ہے، تو اسے بس ایک مرتبہ درج کریں۔
- ملازمت کے حوالے سے اپنی عمومی سرگرمیاں اور فرائض درج کریں۔
- بیان کریں کہ آپ نے کتنا عرصہ یہ ملازمت انجام دی۔

سیکشن D - انگریزی زبان کے بارے میں آپ کی معلومات اور اس کا استعمال:

- انگریزی زبان کے بارے میں اپنی معلومات اور اس کے استعمال کی نشاندہی کریں۔

دستخط شدہ، اصل ریکارڈز ورکرز کمپنیشن بورڈ کو جمع کروائیں اور اپنے ریکارڈز کی ایک نقل حاصل کریں۔

کوئی ممکنہ آجر آپ سے اپنے ورکرز کمپنیشن ریکارڈز کے اجراء کا تقاضا نہیں کر سکتا۔ ورکرز کمپنیشن قانون کا سیکشن a-110 ملاحظہ کریں۔

یہ فارم کیسے فائل کرنا ہے

رپورٹس کو انشورنس کیریئر کی ایک نقل کے ساتھ درج ذیل پتے پر ورکرز کمپنیشن بورڈ کو براہ راست جمع کروانا چاہیے۔ رپورٹس ٹائپ شدہ کاغذ پر بورڈ کے ریاست بھر کے فیکس نمبر 1-877-533-0337 پر بھی جمع کروانی جا سکتی ہیں۔ اضافی دستاویزات منسلک کرتے ہوئے، براہ کرم ہر صفحے پر بورڈ کیس نمبر (# WCB) شامل کریں۔

NYS Workers' Compensation Board
Centralized Mailing
PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5205