

**NOTICE THAT YOU MAY BE RESPONSIBLE FOR MEDICAL COSTS IN THE EVENT OF FAILURE TO PROSECUTE, OR IF COMPENSATION CLAIM IS DISALLOWED, OR IF AGREEMENT PURSUANT TO WCL §32 IS APPROVED**

WCB CASE NO. (If Known)		CARRIER CASE NO. (If Known)	DATE OF INJURY	NATURE OF INJURY OR ILLNESS	INJURED PERSON'S SOC. SEC. NO.
CLAIMANT	NAME			ADDRESS	APT. NO.
EMPLOYER					
INSURANCE CARRIER					

You may become responsible for the medical costs of treatment for your illness or condition with the provider listed below if (1) you fail to prosecute the claim for workers' compensation or (2) it is determined by the Workers' Compensation Board that the illness or condition which required treatment was not a result of a compensable workplace accident or occupational disease or (3) if an agreement is executed by you and approved pursuant to Workers' Compensation Law §32 in which you waive your right to medical benefits from the workers' compensation carrier/self-insured employer for treatment/ services performed after the date the agreement is approved. If any of the above events occurs, the provider may bill you directly instead of the employer or insurance carrier, and you will be responsible for the provider's fees for services rendered.

I hereby acknowledge that I have read the above and understand the circumstances under which I may become responsible for payment.

Claimant's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Provider's Name and Address \_\_\_\_\_

**TO THE CLAIMANT**

Workers' Compensation Board Regulation 325-1.23 permits your doctor or therapist to request that you sign this A-9 notice. By signing this notice, you acknowledge your obligation to pay the provider's fees for the services you receive if it turns out that such fees are not legally required to be paid by your employer or its workers' compensation insurance carrier and if such fees are not covered by other insurance. The employer or carrier may not be required to pay the doctor's fees if, for example, you fail to file a claim for workers' compensation, or fail to notify your employer of your injury or illness, or fail to attend a Board hearing if your employer challenges your right to benefits. Even if you make all required efforts to prosecute your claim, the Workers' Compensation Board may still find that you are not entitled to benefits. In such cases, this notice advises your health provider that you acknowledge your personal liability for payment of his/her bills.

**Workers' Compensation Law Section 32**

The A-9 notice also covers instances in which a claimant with an existing valid workers' compensation case comes to an agreement with his/her employer or its insurance carrier settling his/her case in accordance with Section 32 of the Workers' Compensation Law. A Section 32 agreement may include a provision which relieves the employer or carrier of the liability to pay future medical bills associated with the case. Your health care provider may ask you to sign this A-9 notice to insure that you acknowledge your personal liability for payment of his/her bills if you have waived your right to future medical benefits under a Section 32 agreement.

If you have any questions, contact your attorney or licensed hearing representative, if you have one. You may also contact your local district office of the Workers' Compensation Board.

**TO THE HEALTH CARE PROVIDER**

This notice is meant to advise the workers' compensation claimant that he/she may be responsible for payment. Failure of the claimant to sign this form does not relieve the provider of the obligation to treat the claimant, nor does it negate the claimant's responsibility for payment.

Keep the original of this form for your records and give a copy to the claimant. **Do not file with the Workers' Compensation Board.** You will receive Notices of Decisions in which the compensability of a claim, authorization of treatment, or payment of medical bills is included. You will also be notified if the claimant submits a Section 32 Agreement with the Board for approval. Do not bill the claimant unless and until you receive a Board decision finding that 1) claimant failed to prosecute the claim, or 2) the claim is denied, or 3) the treatment is not causally related to the work injury, or 4) a Section 32 agreement relieving the carrier of liability for medical treatment is approved

**보상 청구를 수행하지 않거나 보상 청구가 각하되거나 또는 WCL §32에 따른 합의가 승인되는 경우 귀하는  
의료비에 대한 책임이 있을 수 있습니다.**

WCB 케이스 번호 (알고 있는 경우)		보험회사 케이스 번호 (알고 있는 경우)		부상일	부상 또는 질병의 성격	부상자의 사회보장 번호
청구인	성명	주소			아파트 호수	
고용주						
보험 회사						

(1) 귀하가 근로자 재해보상을 위한 청구를 수행하지 않는 경우, 또는 (2) 치료를 요구하는 질병 또는 상태가 보상이 가능한 직장 사고 또는 직업상 질병의 결과가 아니라 근로자재해보상위원회에 의해 결정된 경우, 또는 (3) 계약서가 승인된 일자 이후에 수행되는 치료/서비스에 대해 근로자 재해보상 보험회사/자가보험 고용주로부터의 의료 급여에 대한 귀하의 권리를 포기하는 계약서가 귀하에 의해 작성되었고 근로자재해보상법 제32조에 의거 승인된 경우, 귀하는 귀하의 질병 또는 상태를 위한 치료의 비용에 대해 아래에 표시된 의료 제공자에게 책임이 있게 될 수 있습니다. 위의 사건 중 하나가 발생하는 경우, 의료 제공자는 고용주 또는 보험회사 대신 귀하에게 직접 청구할 수 있으며 귀하는 제공된 서비스에 대한 의료 제공자의 수수료에 대해 책임이 있게 됩니다.

본인은 상기 내용을 읽었고 본인이 지급할 책임이 있게 될 수 있는 경우를 이해함을 인정합니다.

청구인 서명 \_\_\_\_\_ 일자 \_\_\_\_\_

의료 제공자의 이름 및 주소 \_\_\_\_\_

<p><b>청구인에게</b></p> <p>근로자재해보상위원회 규정 325-1.23은 귀하의 의사 또는 요법사가 귀하에게 이 A-9 통지서에 서명하도록 요구하는 것을 허용합니다. 이 통지서에 서명함으로써 귀하는 그러한 수수료를 귀하의 고용주 또는 근로자 재해보상 보험회사가 지급하도록 법적으로 요구되지 않는 것으로 밝혀지는 경우 및 그러한 수수료가 다른 보험에 의해 보장되지 않는 경우 귀하가 받는 서비스에 대한 의료 제공자의 수수료를 지불할 귀하의 의무를 인정합니다. 고용주 또는 보험회사는 예컨대 귀하가 근로자 재해보상을 위한 청구서를 제출하지 않거나 귀하의 고용주에게 귀하의 부상 또는 질병을 통보하지 않거나 또는 귀하의 고용주가 귀하의 급여권을 다루는 경우 귀하가 위원회 심리에 참석하지 않는 경우 의사의 수수료를 지불할 것이 요구되지 않을 수 있습니다. 귀하가 청구를 수행하기 위해 모든 요구되는 노력을 한다 해도 근로자재해보상위원회는 귀하가 급여를 받을 권리가 없다고 판정할 수 있습니다. 그러한 경우에 본 통지서는 귀하의 의료 제공자에게 귀하가 그의 청구서의 결제를 위한 개인 책임을 귀하가 인정함을 통보합니다.</p> <p><b>근로자재해보상법 제32조</b></p> <p>또한 A-9 통지서는 기존 유효한 근로자 재해보상 케이스를 가진 청구인이 그의 고용주 또는 보험회사와 함께 그의 케이스를 근로자재해보상법 제32조에 따라 해결하는 합의에 도달하는 경우도 포함합니다. 제32조 합의는 해당 케이스와 관련된 장래의 의료 청구서를 결제할 고용주 또는 보험회사의 책임을 면제하는 조항을 포함할 수 있습니다. 귀하가 제32조 합의에 의거 장래의 의료 급여에 대한 귀하의 권리를 포기한 경우 의료 제공자는 그의 청구서를 결제할 귀하의 개인적 책임을 귀하가 인정함을 확인하기 위해 이 A-9 통지서에 서명하도록 요구할 수 있습니다.</p> <p>질문이 있는 경우에는 귀하의 변호사 또는 면허된 심리 대리인에게 문의하십시오. 근로자재해보상위원회의 귀하 지구 사무소에 문의해도 됩니다.</p> <p><b>의료 제공자에게</b></p> <p>본 통지서는 근로자 재해보상 청구인에게 그가 결제할 책임이 있을 수 있음을 통보하기 위한 것입니다. 청구인이 본 양식에 서명하지 않는다고 해서 의료 제공자가 청구인을 치료할 책임이 면제되지 않으며 청구인의 결제 책임이 부정되는 것도 아닙니다.</p> <p>귀하의 기록을 위해 본 양식의 원본을 보관하고 청구인에게 사본을 주십시오. <b>근로자재해보상위원회에 제출하지 마십시오.</b> 귀하는 청구의 보상 가능성, 치료의 승인 또는 의료 청구서 결제가 포함된 결정 통지서를 받을 것입니다. 귀하는 청구인이 제32조 합의를 승인을 위해 본 위원회에 제출하는 경우에도 통보받을 것입니다. 1) 청구인이 청구를 수행하지 않았다, 또는 2) 청구가 거부되었다, 또는 3) 치료가 인과적으로 작업 부상에 관련되지 않았다, 또는 4) 의학적 치료를 위한 책임을 보험회사에 면제하는 제32조 합의가 승인되었다고 판정하는 위원회 결정을 받지 않는 한 그리고 받을 때까지 청구인에게 청구하지 마십시오.</p>
---