Washington State Department of Labor & Industries

事故报告书

受伤雇员表格填写方法说明

当您从医疗办公处工作人员那里领到此表格后，请填写雇员表格副本中的方框 1 – 43。应使用圆珠笔或钢笔用力填写。
我们将利用您提供的情况来计算福利金额。

1. **请尽量详细描述您的伤症或病症。**例如，若您在工作时摔倒且手臂受伤，请说明是*哪只*手臂以及摔倒事故的*发生情况*。如果您的症状经过一段时间后逐渐发生，请说明造成此症状的原因，以及经过多久该症状开始显现。（方框 19a – b）

2. **提供我们要求的*全部*情况**，包括您的就业情况、家庭状况及依亲子女情况。我们将利用这些情况来计算您的福利金额。

3. **允许本部调阅就业保障部(ESD)保存的就业记录**，以便我们能以最有效的方式提供雇员补偿福利及雇员复工相关服务。这些情况可能会向医疗服务提供者、职业康复服务提供者及雇主披露。这些情况属于保密信息，并受华盛顿州修正法规 RCW 50.13.060(13)保护。

4. **在签名之前，请阅读雇员表格副本中的法律通知。**

5. **是否需要劳工与工商保险服务部(L&I)提供协助？**

受伤雇员热线电话	**1-800-547-8367**（星期一至星期五，8 点至 5 点）
自动化索偿信息系统	**1-800-831-5227**

于本部处理您的索偿期间，您需要做以下五件事情

1. **在劳工与工商保险服务部医疗服务提供者网络范围内选择您的医疗保健服务提供者**，即使曾有其他医生于您受伤后立即为您提供治疗。您可以从以下各类领有执照的服务提供者中选择服务提供者，以便为您治疗伤症，并协调安排您的医疗保健服务。医科医生、正骨科医生、自然疗法医师或足病医科医师；高级注册执业护理师(ARNP)、牙医及验光师。**www.Lni.wa.gov/FindaDoc** 网站上载有服务提供者通讯簿。若您有必要乘车，则应向您的个案管理员询问关于里程费报销的手续。**里程费报销请求必须事先获得批准。**

2. 若医生批准并列明具体的工作能力局限，**则您应向雇主询问是否有可能让您从事职责较轻的工作**。许多受伤雇员都能继续从事领取全额工资的工作，因为雇主*也许*能在这些雇员康复期间对他们的工作职责加以调整。或者，若因工作职位变换而造成受伤雇员工资减少，劳工与工商保险服务部也许能对此加以补偿。（请注意：工时损失补助金将*明显*低于工资收入。）

3. **切勿支付**与您工伤相关的**医疗费用或处方药费**。如果药剂师要求您付费，应保留收据。然后请劳工与工商保险服务部为您报销费用；前提是，您的索偿申请已获批准。

4. **随时备好您的索偿号码**，并写在您向本部提交的所有文件上。此号码列于雇员表格副本的右下角。卡中指明：“此为您的索偿号码。”

5. **若您迁居或改换医疗保健服务提供者，应致函通知您的索偿经理人。**上述情况变化必须采用书面形式提交，并须经您签署。切记在该书面文件上写明您的索偿号码。

请寄送给：Department of Labor & Industries
PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291.

事故报告书逐行填写方法说明

此部分包含对表格方框 1-43 标签内容之译文。我们已在您不清楚应如何回答的部分添加了填写方法说明。请务必在该表格内填写回答内容；切勿在此文件内填写回答内容。

雇员情况：

语言选择 – 请勾选相应语言旁边的核选框，藉以告诉我们您愿意使用哪种语言交谈。若您找不到想选择的语言，请勾选标为“其它”的核选框，并在行内写明您选择的语言。

1. 姓名 – 名、中间名、姓请填写您的法定全名。
2. 性别 – 请标明男性或女性。
3. 社会安全号码。
4. 住宅电话号码。
5. 出生日期 – 请采用月/日/年格式。
6. 家庭住址 – 请包括城市、州与邮政编码。
7. 身高 – 以英尺和英寸为单位
8. 体重 – 以磅为单位。
9. 邮件地址（若与家庭住址不同，则请填写）– 请包括城市、州与邮政编码。

依亲子女情况：

可能会要求您出具用以证实婚姻状况、同居伴侣关系登记或亲子女资格条件之证明文件。

10. 家庭状况：请依据您的具体情形，勾选适用的核选框。

左栏	右栏
已婚	寡居或鳏居
分居	单身
已离婚	
已登记之同居伴侣	

11. 依亲子女 – 包括未出生的胎儿及其预产期。法定亲子女人数是计算福利金的依据之一。若您无法定监护权，请填写方框 13。

    填写每一名依亲子女的完整姓名、与您的关系，以及法定监护权 – 若您无法定监护权，请勾选第一个核选框以表示肯定回答，或勾选第二个核选框以表示否定回答；并填写每一名依亲子女的出生日期。

12. 配偶或已登记同居伴侣之姓名。
13. 子女法定监护人之姓名与地址 – 请包括城市、州与邮政编码。

受伤事故相关情况：

14. 受伤日期或上一次职业相关病源接触日期。请采用月/日/年格式。
15. 受伤时间 – 请写明时间；而且，若为午前，请勾选第一个核选框；若为午后，请勾选第二个核选框。
16. 排班（勾选一项）– 若为日班，请勾选第一个核选框；若为晚班，请勾选第二个核选框；若为夜班，请勾选第三个核选框。
17. 您是否曾接受过对相同或类似症状的治疗？若是如此，请勾选第一个核选框；若非如此，请勾选第二个核选框。

18. 此症状是否起因于某个特定事故？若是如此，请勾选第一个核选框；若非如此，请勾选第二个核选框。

19a.受伤或接触病源的身体部位。

19b.请详细说明受伤事故或病源接触事故发生的情况。（包括可能与之相关的工具、机械、化学品或烟雾。）

20. 您在何处从事您的正常工作？若是如此，请勾选顶部核选框；若非如此，请勾选底部核选框。

21. 受伤事故或病源接触事故发生在何处？若为雇主的工作场所，请勾选第一个核选框；若为工作现场，请勾选第二个核选框；若为其它地点，请勾选第三个核选框，并在指定栏位内写明地点。

22. 受伤事故/病源接触事故发生在何处？企业名称。请写明企业地址，包括城市、县、州与邮政编码。

23. 受伤事故是否起因于出故障的机械、有毛病的产品；或者其他人，而非本人的雇主或同事？若是如此，请勾选第一个核选框；若非如此，请勾选第二个核选框；若有这种可能性，请勾选第三个核选框。

24. 列明所有的见证人 – 写明亲眼目睹您受伤情况者的姓名。

25. 您何时将复工？请采用月/日/年格式填写日期。

26. 您最后一次工作是何时？请采用月/日/年格式填写日期。

27. 您是否曾向雇主报告该次事故？若是如此，请勾选第一个核选框；若非如此，请勾选第二个核选框。若是如此，请填写该者的姓名和职称。

28. 您报告事故的日期。请采用月/日/年格式填写日期。

29. 于受伤当日，您是否曾享受由雇主支付的医疗保健福利？若是如此，请勾选第一个核选框；若非如此，请勾选第二个核选框。

就业情况：

30. 您雇主的企业名称。

31. 企业类别。

32. 您在该处工作已有多久？可以填写大概日期。请在第一栏位内填写大概的年数；或在第二栏位内填写月数；或在第三栏位内填写周数；或在第四栏位内填写天数。

33. 雇主的电话号码。填写电话号码，并包括区域号。

34. 您雇主的地址。请包括城市、州与邮政编码。

35. 列明您的工作职称，并描述您的工作职责。

36. 此份工作的工资额。请在美元符号旁填写金额。仅应勾选一项工资额：

左栏	右栏
小时	周
日	月
有不只一种工资额	

37. 每日工作时数。请根据为您安排的每日工时填写工作时数。

38. 每周工作天数。请根据为您安排的每周工作日填写工作天数。

39. 其它工资收入（每日平均金额）。请在美元符号旁填写金额。请勾选每一类适用的其它工资收入：

左栏	右栏
计件工	小费
正常加班费	值班津贴
佣金	最近 12 个月的奖金

40. 您有几份领薪工作？

41. 本人是：请勾选所有适用于您情况的核选框。

左栏	右栏
东主	企业股东
合伙人	企业董事
企业官员	供选承保待遇
	对本人不适用

42. 签名 – 请注意：请阅读下面的法律通知。签署之后，请采用月/日/年格式填写日期。

本人声明，据我所知且本人确信，以上声明均属实。签署本表格即表示本人允许医疗保健服务提供者、医院或诊所向劳工与工商保险服务部披露他们或其他机构撰写的相关医疗报告。

43. 签名。签署之后，请采用月/日/年格式填写日期。

本人授权劳工与工商保险服务部或该部的其他代理机构向就业保障部(ESD)索取保密的就业记录，藉以确定雇员补偿福利。

法律通知书

华盛顿州修正法规 RCW 51.36.060 规定：如果任何人持有或管控某些医疗情况资料，且本部认为这些情况资料与某位雇员的特定伤症相关，而其伤症或职业病是根据本法规提出之索偿的依据，则上述全部医疗情况资料都应在此法律程序的任何阶段依据请求而提供给雇主、索偿人的代表和本部；而且，任何人均不应由于披露此类情况资料而承担任何法律责任。

华盛顿州修正法规 RCW 51.48.020 第(2)分节规定：凡根据本法规提出福利索偿者，在要求其为依据本法规提出之任何索偿或申请而提供情况时，若故意假报情况，均构成华盛顿州修正法规 RCW 第 9A 篇盗窃与先期条款所定义之重罪或性质严重的轻罪。

披露您的社会安全号码：不要求您必须在此表格中提供您的社会安全号码。然而，此号码将有助于劳工与工商保险服务部根据工商保险法规而处理您的索偿申请。（请参阅华盛顿州修订法规第 51 篇以及华盛顿州修订法规 RCW 第 51.28 章。）

华盛顿州修订法规 RCW 50.13.060 (13)：凡依据本章规定而获得调阅权的任何人员或组织机构，若误用或未经授权而披露档案记录或情况资料，该人员或组织机构将受到联邦及州法律规定之金额达五千美元的民事处罚和其它适用的制裁。将由州司法部就强制执行此节条款而提出诉讼；而且，所征收的一切罚款都将存入就业保障局行政管理应急基金。对于为强制执行此节条款而提出之任何诉讼案，州司法部可追缴合理的律师费。

华盛顿州修订法规 RCW 50.13.015：如果由另一政府机构向本部提供的情况资料属于州或联邦法律规定之隐私和保密情况资料，则本部不得披露此类情况资料。

如何就您的劳工与工商保险索偿而获得协助

致电联系： **受伤雇员热线电话：1-800-547-8367（星期一至星期五，8 点至 5 点）**
自动化索偿信息系统： 1-800-831-5227
听障/语障人士 TDD 专线服务： 1-360-902-5797

网上联系： **劳工与工商保险服务部网站：**www.Lni.wa.gov

查询本部如何处理索偿案，雇员补偿涵盖哪些福利待遇，本部如何计算福利金额，您的雇主必须采取哪些行动，以及其它许多内容。

在浏览本部网站时是否需要技术协助？

- *电子邮件地址：* *WebSupport@Lni.wa.gov*
- *电话号码：* *360-902-5999*

您也可以致电或亲自到访劳工与工商保险服务部的任何一个地方办事处。
其联系信息列于电话簿中华盛顿州劳工与工商保险服务部(WA State, Labor & Industries)部分内。

Aberdeen 360-533-8200	East Wenatchee 509-886-6500	Moses Lake 509-764-6900	Seattle 206-515-2800	Tumwater 360-902-5800
Bellevue 425-990-1400	Everett 425-290-1300	Mount Vernon 360-416-3000	Spokane 509-324-2600	Vancouver 360-896-2300
Bellingham 360-647-7300	Kennewick 509-735-0100	Port Angeles 360-417-2700	Tacoma 253-596-3800	Yakima 509-454-3700
Bremerton 360-415-4000	Longview 360-575-6900	Pullman 509-334-5296	Tukwila 206-835-1000	