

受傷僱員表格填寫 方法說明

當您從醫療辦公處工作人員那裡領到此表格後，請填寫僱員表格副本中的方框 **1 – 43**。應使用圓珠筆或鋼筆用力填寫。我們將利用您提供的資訊來計算福利金額。

1. 請儘量詳細描述您的傷症或病症。例如，若您在工作時摔倒且手臂受傷，請說明是哪隻手臂以及摔倒事故的發生情況。如果您的症狀經過一段時間後逐漸發生，請說明造成此症狀的原因，以及經過多久該症狀開始顯現。（方框 19a – b）
2. 提供我們要求的全部資訊，包括您的就業情況、家庭狀況及依親子女情況。我們將利用這些資訊來計算您的福利金額。
3. 允許本部調閱就業保障部(ESD)保存的就業記錄，以便我們能以最有效的方式提供僱員補償福利及僱員復工相關服務。這些資訊可能會向醫療服務提供者、職業康復服務提供者及僱主披露。這些資訊屬於保密資訊，並受華盛頓州修正法規 RCW 50.13.060(13)保護。
4. 在簽名之前，請閱讀僱員表格副本中的法律通知。
5. 是否需要勞工與工商保險服務部(L&I) 受傷僱員熱線電話 **1-800-547-8367**（週一至週五，8 點至 5 點）提供協助？

自動化索償資訊系統 **1-800-831-5227**

於本部處理您的索償期間，您需要做以下五件事情

1. 在勞工與工商保險服務部醫療服務提供者網絡範圍內選擇您的醫療保健服務提供者，即使曾有其他醫生於您受傷後立即為您提供治療。您可以從以下各類領有執照的服務提供者中選擇服務提供者，以便為您治療傷症，並協調安排您的醫療保健服務。醫科醫生、正骨科醫生、自然療法醫師或足病醫科醫師；高級註冊執業護理師(ARNP)、牙醫及驗光師。www.Lni.wa.gov/FindaDoc 網站上載有服務提供者通訊錄。若您有必要乘車，則應向您的個案管理員詢問關於里程費報銷的手續。里程費報銷請求必須事先獲得批准。
2. 若醫生批准並列明具體的工作能力侷限，則您應向僱主詢問是否有可能讓您從事職責較輕的工作。許多受傷僱員都能繼續從事領取全額工資的工作，因為僱主也許能在這些僱員康復期間對他們的工作職責加以調整。或者，若因工作職位變換而造成受傷僱員工資減少，勞工與工商保險服務部也許能對此加以補償。（請注意：工時損失補助金將明顯低於工資收入。）
3. 切勿支付與您工傷相關的醫療費用或處方藥費。如果藥劑師要求您付費，應保留收據。然後請勞工與工商保險服務部為您報銷費用；前提是，您的索償申請已獲批准。
4. 隨時備好您的索償號碼，並寫在您向本部提交的所有文件上。此號碼列於僱員表格副本的右下角。卡中指明：「此為您的索償號碼。」
5. 若您遷居或改換醫療保健服務提供者，應致函通知您的索償經理人。上述情況變化必須採用書面形式提交，並須經您簽署。切記在該書面文件上寫明您的索償號碼。

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

事故報告書逐行填寫方法說明

此部份包含對表格方框 1 – 43 標籤內容之譯文。我們已在您不清楚應如何回答的部份添加了填寫方法說明。請務必在該表格內填寫回答內容；切勿在此文件內填寫回答內容。

僱員資訊：

語言選擇 – 請勾選相應語言旁邊的核選框，藉以告訴我們您願意使用哪種語言交談。若您找不到想選擇的語言，請勾選標為「其他」的核選框，並在行內寫明您選擇的語言。

1. 姓名 – 名、中間名、姓請填寫您的法定全名。
2. 性別 – 請標明男性或女性。
3. 社會安全號碼。
4. 住宅電話號碼。
5. 出生日期 – 請採用月/日/年格式。
6. 家庭住址 – 請包括城市、州與郵遞區號。
7. 身高 – 以英尺和英寸為單位
8. 體重 – 以磅為單位。
9. 郵寄地址（若與家庭住址不同，則請填寫） – 請包括城市、州與郵遞區號。

依親子女資訊：

可能會要求您出具用以證實婚姻狀況、同居伴侶關係登記或親子女資格條件之證明文件。

10. 家庭狀況：請依據您的具體情形，勾選適用的核選框。

左欄	右欄
已婚	寡居或鰥居
分居	單身
已離婚	
已登記之同居伴侶	

11. 依親子女 – 包括未出生的胎兒及其預產期。法定親子女人數是計算福利金的依據之一。若您無法定監護權，請填寫方框 13。

填寫每一名依親子女的完整姓名、與您的關係，以及法定監護權 – 若您無法定監護權，請勾選第一個核選框以表示肯定回答，或勾選第二個核選框以表示否定回答；並填寫每一名依親子女的出生日期。

12. 配偶或已登記同居伴侶之姓名。
13. 子女法定監護人之姓名與地址 – 請包括城市、州與郵遞區號。

受傷事故相關資訊：

14. 受傷日期或上一次職業相關病源接觸日期。請採用月/日/年格式。
15. 受傷時間 – 請寫明時間；而且，若為午前，請勾選第一個核選框；若為午後，請勾選第二個核選框。
16. 排班（勾選一項） – 若為日班，請勾選第一個核選框；若為晚班，請勾選第二個核選框；若為夜班，請勾選第三個核選框。
17. 您是否曾接受過對相同或類似症狀的治療？若是如此，請勾選第一個核選框；若非如此，請勾選第二個核選框。

18. 此症狀是否起因於某個特定事故？若是如此，請勾選第一個核選框；若非如此，請勾選第二個核選框。
- 19a. 受傷或接觸病源的身體部位。
- 19b. 請詳細說明受傷事故或病源接觸事故發生的情況。（包括可能與之相關的工具、機械、化學品或煙霧。）
20. 您在何處從事您的正常工作？若是如此，請勾選頂部核選框；若非如此，請勾選底部核選框。
21. 受傷事故或病源接觸事故發生在何處？若為僱主的工作場所，請勾選第一個核選框；若為工作現場，請勾選第二個核選框；若為其他地點，請勾選第三個核選框，並在指定欄位內寫明地點。
22. 受傷事故/病源接觸事故發生在何處？企業名稱。請寫明企業地址，包括城市、縣、州與郵遞區號。
23. 受傷事故是否起因於出故障的機械、有毛病的產品；或者其他人，而非本人的僱主或同事？若是如此，請勾選第一個核選框；若非如此，請勾選第二個核選框；若有這種可能性，請勾選第三個核選框。
24. 列明所有的見證人 – 寫明親眼目睹您受傷情況者的姓名。
25. 您何時將復工？請採用月/日/年格式填寫日期。
26. 您最後一次工作是何時？請採用月/日/年格式填寫日期。
27. 您是否曾向僱主報告該次事故？若是如此，請勾選第一個核選框；若非如此，請勾選第二個核選框。若是如此，請填寫該者的姓名和職稱。
28. 您報告事故的日期。請採用月/日/年格式填寫日期。
29. 於受傷當日，您是否曾享受由僱主支付的醫療保健福利？若是如此，請勾選第一個核選框；若非如此，請勾選第二個核選框。

就業資訊：

30. 您僱主的企業名稱。
31. 企業類別。
32. 您在該處工作已有多久？可以填寫大概日期。請在第一欄位內填寫大概的年數；或在第二欄位內填寫月數；或在第三欄位內填寫週數；或在第四欄位內填寫天數。
33. 僱主的電話號碼。填寫電話號碼，並包括區域號。
34. 您僱主的地址。請包括城市、州與郵遞區號。
35. 列明您的工作職稱，並描述您的工作職責。
36. 此份工作的工資額。請在美元符號旁填寫金額。僅應勾選一項工資額：

左欄	右欄
小時	週
日	月
有不祇一種工資額	

37. 每日工作時數。請根據為您安排的每日工時填寫工作時數。
38. 每週工作天數。請根據為您安排的每週工作日填寫工作天數。
39. 其他工資收入（每日平均金額）。請在美元符號旁填寫金額。請勾選每一類適用的其他工資收入：

左欄	右欄
計件工	小費
正常加班費	值班津貼
傭金	最近 12 個月的獎金

40. 您有几份領薪工作？

41. 本人是：請勾選所有適用於您情況的核選框。

左欄	右欄
東主	企業股東
合夥人	企業董事
企業官員	供選承保待遇
	對本人不適用

42. 簽名 – 請注意：請閱讀下面的法律通知。簽署之後，請採用月/日/年格式填寫日期。

本人聲明，據我所知且本人確信，以上聲明均屬實。簽署本表格即表示本人允許醫療保健服務提供者、醫院或診所向勞工與工商保險服務部披露他們或其他機構撰寫的相關醫療報告。

43. 簽名。簽署之後，請採用月/日/年格式填寫日期。

本人授權勞工與工商保險服務部或該部的其他代理機構向就業保障部(ESD)索取保密的就業記錄，藉以確定僱員補償福利。

法律通知書

華盛頓州修正法規 RCW 51.36.060 規定：如果任何人持有或管控某些醫療資訊，且本部認為這些資訊與某位僱員的特定傷症相關，而其傷症或職業病是根據本法規提出之索償的依據，則上述全部醫療資訊都應在此法律程序的任何階段依據請求而提供給僱主、索償人的代表和本部；而且，任何人均不應由於披露此類資訊而承擔任何法律責任。

華盛頓州修正法規 RCW 51.48.020 第(2)分節規定：凡根據本法規提出福利索償者，在要求其為依據本法規提出之任何索償或申請而提供資訊時，若故意假報資訊，均構成華盛頓州修正法規 RCW 第 9A 篇盜竊與先期條款所定義之重罪或性質嚴重的輕罪。

披露您的社會安全號碼：不要求您必須在此表格中提供您的社會安全號碼。然而，此號碼將有助於勞工與工商保險服務部根據工商保險法規而處理您的索償申請。（請參閱華盛頓州修訂法規第 51 篇以及華盛頓州修訂法規 RCW 第 51.28 章。）

華盛頓州修訂法規 RCW 50.13.060 (13)：凡依據本章規定而獲得調閱權的任何人員或組織機構，若誤用或未經授權而披露檔案記錄或資訊，該人員或組織機構將受到聯邦及州法律規定之金額達五千美元的民事處罰和其他適用的制裁。將由州司法部就強制執行此節條款而提出訴訟；而且，所徵收的一切罰款都將存入就業保障局行政管理應急基金。對於為強制執行此節條款而提出之任何訴訟案，州司法部可追繳合理的律師費。

華盛頓州修訂法規 RCW 50.13.015：如果由另一政府機構向本部提供的資訊屬於州或聯邦法律規定之隱私和保密資訊，則本部不得披露此類資訊。

如何就您的勞工與工商保險索償而獲得協助

致電聯絡： 受傷僱員熱線電話：1-800-547-8367（週一至週五，8 點至 5 點）
自動化索償資訊系統：1-800-831-5227
聽障/語障人士 TDD 專線服務：1-360-902-5797

網上聯絡： 勞工與工商保險服務部網站：www.Lni.wa.gov

查詢本部如何處理索償案，僱員補償涵蓋哪些福利待遇，本部如何計算福利金額，您的僱主必須採取哪些行動，以及其他許多內容。

在瀏覽本部網站時是否需要技術援助？

- 電郵地址：WebSupport@Lni.wa.gov
- 電話號碼：360-902-5999

您也可以致電或親自到訪勞工與工商保險服務部的任何一個地方辦事處。
其聯絡資訊列於電話簿中華盛頓州勞工與工商保險服務部(WA State, Labor & Industries)部份內。

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