Washington State Department of Labor & Industries

사고보고서 (Report of Accident)

재해 근로자를 위한 사고보고서 작성 요령

의사실에서 본 사고보고서를 제공하면 1-43 항목을 작성하십시오.
펜으로 힘껏 눌러 작성하십시오.
귀하가 본 양식에 제공한 정보는
귀하의 산재보상금을 계산하는 데 사용합니다.

1. **귀하의 재해 또는 질병에 관해 가급적 상세하게 설명합니다. 예를 들어 직장에서 넘어져 팔을 다쳤다면 *어느* 팔을 다쳤는지, *어떻게* 넘어졌는지, 그 상황을 상세하게 기재합니다.** 귀하의 상태가 오랜 시간에 걸쳐 발생된 것이면 그 원인이 무엇인지, 얼마 후에 발생되었는지 등을 설명하도록 하십시오. (19a – b 항)
2. 귀하의 직업, 가족 상태 및 부양가족에 관해 **당국이 요청하는 *모든* 정보를 제공합니다.** 이 정보는 귀하의 산재보상금을 계산하는 데 사용됩니다.
3. 근로자 보상금 및 복직 서비스를 가장 효과적으로 제공할 수 있도록 **고용안정국(ESD)에서 보유하고 있는 고용 기록부 정보를 당국이 이용할 수 있도록 승인합니다.** 이 정보는 의료진, 직업재활서비스 제공처 및 고용주에게 제공할 수도 있습니다. 그리고 RCW 50.13.060(13) 하에 기밀로 보호됩니다.
4. **서명을 하기 전에 해당 양식의 worker's copy 에 있는 근로자 법적 통지서(Legal Notices)를 먼저 읽습니다.**
5. **L&I 의 도움이 필요합니까?** 재해 근로자 직통전화 **1-800-547-8367** (월요일 – 금요일, 8 – 5)
   산재보상청구 정보 자동응답라인 **1-800-831-5227**

노동산업부에서 귀하의 산재보상청구를 처리하는 동안 귀하가 수행해야 할 다섯가지 사항

1. 재해 후 다른 사람이 귀하의 상태를 바로 치료한 경우라도 **L&I 의사 네트워크에서 귀하를 담당할 의사를 선정하십시오.** 귀하의 재해를 치료하고 조정할 의사는 유면허 내과의, 정골요법전문의, 자연요법전문의 또는 족부정형외과, 전문간호사(ARNP), 치과의사 및 검안사 중에서 선택해야 합니다. 의사 디렉토리는 **www.Lni.wa.gov/FindaDoc** 에서 찾으실 수 있습니다. 적정 치료를 할 수 있는 의사가 집 부근에 없어 멀리 가야할 경우 귀하의 산재보상청구 담당 매니저에게 교통비 환불에 관해 문의하십시오. **교통비 환불은 사전에 승인을 받아야만 합니다.**
2. 귀하의 의사가 귀하에게 좀 더 수월한 일을 할 것을 명하였고 어떤 특정 업무를 제한 한 경우, 귀하의 **고용주에게 그에 관해 말하십시오.** 재해를 입은 근로자가 건강 상태를 회복을 하는 동안 고용주가 해당 근로자의 업무를 조절하거나 변경해 주어서 전액 급여를 받고 계속 일하는 근로자들도 많습니다 또는 근로자가 맡은 다른 업무로 인해 급여가 감소된 경우, L&I 에서 급여에 대한 보상금을 지불할 수도 있습니다. (유의 사항: 업무상 시간손실 보상금은 직장에서 받는 근로소득보다 ***훨씬*** 더 적습니다.)
3. 귀하의 재해와 관련된 **의료비 또는 처방 약값을 지불하지 마십시오.** 약사가 약값을 지불할 것을 요구하는 경우 영수증을 받아 약값 환불(귀하의 산재보상청구건이 승인되는 경우)을 L&I 에 요청하십시오.
4. **귀하의 산재보상청구 번호를 잘 기억했다가** 노동산업부에 보내는 모든 문서에 반드시 기록하도록 하십시오. **이 번호는 양식의** Worker Copy(근로자 사본) **오른쪽 하단에 나와 있습니다.** 카드에 "산재보상청구번호:(This is your claim number)."라고 나와 있습니다."
5. **이사를 하였거나 담당 의사를 변경한 경우 귀하의 산재보상청구 담당 매니저에게 서신으로 알리십시오.** 변경 사항은 반드시 서신으로 보내야 하며 귀하의 서명이 들어 있어야 합니다. 그리고 잊지 말고 서신에 귀하의 산재보상청구 번호를 기재하십시오.

Send to: Department of Labor & Industries
PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291

사고보고서에 대한 라인별 작성 지침

이 섹션에는 양식의 1-43 항목에 한국어 번역문도 같이 들어 있습니다. 어떤 대답을 해야 하는지 명확하지 않는 항목을 위해 작성 지침을 추가했습니다. 반드시 이 문서가 **아니라** 사고보고서 양식에 귀하의 답을 기재하십시오.

근로자 정보:

원하는 언어 – 의사소통 및 전달받기를 원하는 언어 옆 네모 칸에 체크합니다. 원하는 언어가 없으면 "기타(Other)" 칸에 체크하고 라인에 원하는 언어를 기재십시오.

1. 성함 – 이름, 중간이름, 성. 법적 이름을 기재할 것
2. 성별 – 남 또는 여 중 한 곳에 체크할 것
3. 사회보장번호
4. 자택 전화번호
5. 생년월일 – 월/일/년 순으로 기재할 것
6. 자택 주소 – 시, 주 및 우편번호를 포함할 것
7. 신장(키) – 피트와 인치로 기재할 것
8. 체중 – 파운드로 기재할 것
9. 우편 주소(자택 주소와 다른 경우 기재) – 시, 주 및 우편번호를 포함할 것

부양 가족 정보:

혼인, 동성동거관계 등록 또는 부양 가족임을 입증하는 증빙서류를 요구할 수도 있습니다.

10. 가족 현황: 귀하에게 적용되는 네모 칸에 체크하십시오.

왼쪽 칼럼	오른쪽 칼럼
결혼	과부/홀아비
별거	미혼(싱글)
이혼	
동성동거관계 등록	

11. 부양 자녀 – 임신 중인 아기가 있으면 태내에 있는 아기를 포함하고, 출산예정일을 기재합니다. 보상금은 법적 부양자녀 수에 근거해 계산됩니다. 법적 양육권이 없으면 13 항을 작성하십시오.

    각 부양 가족의 전체 이름과 귀하와의 관계를 적고, 법적 양육권 소지 여부를 표기합니다. 법적 양육권이 있으면 '예'라고 되어 있는 첫 번째 네모 칸에 체크하고, 양육권이 없으면 '아니오'라고 되어 있는 두 번째 네모 칸에 체크합니다. 그리고 각 부양 가족의 생년월일을 기재합니다.

12. 배우자 또는 등록된 동성동거관계인의 이름을 기재합니다.
13. 자녀의 법적 양육자의 이름과 주소(시, 주, 우편번호를 포함)를 기입합니다.

재해 정보:

14. 재해일 또는 마지막 직업 노출일을 적습니다. 월/일/년 순으로 기재합니다.
15. 재해 발생 시간 – 재해 발생 시간을 적고, 재해가 오전에 발생한 경우 첫 번째 칸에 체크하고, 오후이면 두 번째 칸에 체크합니다.
16. 근무 시간(한 곳에 체크할 것) – 주간 근무이면 첫 번째 네모 칸에 체크하고, 오후 교대이면 두 번째 네모 칸에, 야간 교대이면 세 번째 네모 칸에 체크합니다.
17. 귀하가 입은 재해 상태와 똑같은 또는 유사 상태 때문에 치료받은 적이 있습니까? '예'이면 첫 번째 네모 칸에, '아니오'이면 두 번째 네모 칸에 체크합니다.
18. 이 상태가 어떤 특정 사고나 사건으로 발생한 것입니까? '예'이면 첫 번째 네모 칸에, '아니오'이면 두 번째 네모 칸에 체크합니다.

19a. 재해 또는 노출된 신체 부분

19b. 어떻게 해서 재해가 발생했는지 또는 노출되었는지를 구체적으로 설명합니다. (도구, 장비(기계), 화학물 또는 연기/가스/증기 등이 관련되었으면 이 또한 포함할 것)

20. 정상 업무를 수행하고 있었습니까? '예'이면 위의 네모 칸에, '아니오'이면 아래 네모 칸에 체크합니다.

21. 어디에서 재해를 또는 노출을 입었습니까? 회사 내에서이면 첫 번째 네모 칸에, 근무지에서이면 두 번째 네모 칸에, '기타'이면 세 번째 네모 칸에 체크하고, 제공된 라인에 해당 장소를 기재하십시오.

22. 어디에서 재해를 또는 노출을 입었습니까? 사업체명을 적고, 시, 카운티, 주 및 우편번호를 포함한 해당 사업체의 주소를 기재하십시오.

23. 결함이 있는 장비(기기), 제품 또는 고용주/동료직원이 아닌 사람에 의해 재해를 입었습니까? '예'이면 첫 번째 네모 칸에, '아니오'이면 두 번째 네모 칸에 또는 '아마도'이면 세 번째 네모 칸에 체크하십시오.

24. 모든 증인을 기재합니다. – 귀하의 재해/사고를 목격한 사람(들)의 이름을 모두 적습니다.

25. 직장에 언제 복귀할 것입니까? 월/일/년 순으로 날짜를 기재합니다.

26. 마직막으로 일한 날짜는 언제입니까? 월/일/년 순으로 날짜를 기재합니다.

27. 고용주에게 해당 사고를 보고했습니까? '예'이면 첫 번째 네모 칸에, '아니오'이면 두 번째 네모 칸에 체크합니다. '예'일 경우 보고를 한 사람의 이름과 직위를 적습니다.

28. 보고 날짜를 기재합니다. 월/일/년 순으로 날짜를 기재합니다.

29. 재해/사고를 입은 날 직장에서 제공하는 건강보험을 갖고 있었습니까? '예'이면 첫 번째 네모 칸에, '아니오'이면 두 번째 네모 칸에 체크합니다.

직업 정보:

30. 고용주(직장) 사업체 이름

31. 사업체 유형/종류

32. 이 직장에서 얼마동안 일했습니까? 해당 기간을 대략 적습니다. 일한 대략의 연 수를 첫 번째 빈 칸에, 개월 수를 두 번째 빈 칸에, 일한 주일 수를 세 번째 빈 칸에, 일한 일 수를 네번째 칸에 기입합니다.

33. 고용주의 전화번호. 지역번호를 포함한 전화번호를 기입합니다.

34. 귀하의 고용주 주소. 시, 주, 우편번호를 포함합니다.

35. 귀하의 직책과 귀하의 직무를 설명합니다.

36. 이 직장에서 받는 급여율을 기재합니다. $ 부호 옆에 해당 금액을 기입합니다. 한 급여율만 체크합니다.

왼쪽 칼럼	오른쪽 칼럼
시간당	주당
일일	월급
하나 이상의 급여율	

37. 하루 근무 시간. 예정된 하루 근무 시간을 제공합니다.

38. 한 주 근무일. 예정된 주당 근무일을 제공합니다.

39. 추가 근로소득(일일 평균). $ 부호 옆에 해당 금액을 기입합니다. 적용되는 추가 근로소득의 종류를 각각 체크합니다.

왼쪽 칼럼	오른쪽 칼럼
삯일 (성과급 작업)	팁
정상 잔업	교대시간마다 다름
커미션	지난 12 개월간 보너스

40. 몇 군데 직장에서 급여를 받고 일합니까?

41. 귀하에게 해당되는 모든 네모 칸에 체크합니다.

왼쪽 칼럼	오른쪽 칼럼
소유주	회사 주주
동업자	회사 관리자
회사 요원	선택 보상범위(Optional Coverage)
	내게 적용되지 않음

42. 서명 – 유의 사항: 아래 법적 고지문을 읽고, 서명하십시오. 월/일/년 순으로 날짜를 기입합니다.

본인은 본인이 알고 믿는 바, 이 진술문의 내용이 사실임을 증명합니다. 본인은 의료서비스 제공처(의사), 병원 또는 클리닉에 있는 본인에 관한 의료 기록부를 노동산업부에 제공할 수 있음을 이 양식에 본인의 서명으로 승인합니다.

43. 서명. 서명 후 날짜를 월/일/년 순으로 기입합니다.

본인은 노동산업부에서 또는 노동산업부를 대리하는 기타 기관에서 근로자 보상금을 결정하는데 도움이 되는 기밀 직업 내력서를 고용안정국(ESD)으로부터 획득할 수 있음을 승인합니다.

법적 고지문

RCW 51.36.060 의 규정: 개인이 보유 또는 통제하는 모든 의료 정보, 그리고 본 편(title)에 의거하여 업무상 재해나 직업병으로 청구를 제기한 근로자에 관한 정보이면서 노동산업부 측 견해상 특정 재해와 관련이 있는 모든 의료 정보는 사업주, 청구인 측 대리인, 노동산업부의 요청이 있을 경우 청구 과정 중 언제라도 제공되어야 하며, 어느 누구도 그러한 정보의 공개를 이유로 법적인 책임을 지지 않는다.

RCW 51.48.020 하위 조항 (2)의 규정: 본 편에 의거하여 보상금을 청구하는 자가 본 편에서 정한 청구 또는 신청 시 필요한 정보를 고의로 틀리게 제공하는 경우, 해당 행위는 RCW 제 9A 편(Title 9A RCW)의 절도 및 선행 조항에 따라 중죄 또는 중대 경범죄에 해당한다.

사회 보장 번호 기재: 본 문서에 사회 보장 번호를 반드시 기재할 필요는 없으나, 기재할 경우 노동산업부에서 산재 보험 법률에 따라 청구 건을 처리하는 데 도움이 됩니다. (워싱턴 주 개정법률(RCW) 제 51 편 및 RCW 제 51.28 장 참조)

RCW 50.13.060 (13): 본 장(Chapter)에 의거하여 접근이 허용된 개인 또는 단체가 기록이나 정보를 오용하거나 무단 공개하는 경우, 해당 개인이나 단체에 대해서는 5,000 달러에 해당하는 민사상의 벌금, 그리고 주법 및 연방법에 따라 기타 적용 가능한 제재가 부과된다. 본 절(section)의 집행을 위한 소송은 검찰총장이 제기해야 하며, 징수한 벌금은 고용안정국 행정 예비 자금(employment security department administrative contingency fund)으로 납입되어야 한다. 검찰총장은 본 절의 집행을 위해 제기한 소송에 대해 합당한 변호사 비용을 회수할 수 있다.

RCW 50.13.015: 다른 정부 기관에서 고용안정국에 제공한 정보가 주법 또는 연방법에 따라 비밀 유지가 되어야 하는 경우, 고용안정국은 해당 정보를 공개해서는 안 된다.

L&I 산재보상청구에 도움을 받는 방법

L&I 에 전화: **재해 근로자 핫라인: 1-800-547-8367 (월요일 ~ 금요일, 오전 8 시에서 오후 5 시 사이)**
자동 녹음된 산재보상청구 정보: 1-800-831-5227
청각/언어 장애자를 위한 TDD 서비스: 1-360-902-5797

온라인 접속: **L&I 의 웹사이트: www.Lni.wa.gov**

L&I 에서의 산재보상청구 처리 방법, 근로자의 산재보상 범위, 산재보상금 산정법, 근로자의 고용주가 해야 할 일 등, 더 많은 정보를 찾을 수 있습니다.

저희 웹사이트 상에 기술적 도움이 필요하십니까?

- *이메일: WebSupport@Lni.wa.gov*
- *전화: 360-902-5999*

또한 저희 L&I 현지 사무실에 전화하거나 방문하실 수 있습니다.
현지 사무실 연락처는 전화번호부에 WA State, Labor & Industries 아래에 나와 있습니다.

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	