

Инструкции для работников, получивших травмы в результате несчастного случая на рабочем месте

При получении этой формы от медицинского персонала заполните поля 1–43 в копии, предназначенной для работника. Заполняйте форму шариковой ручкой с сильным нажимом. Мы используем предоставленную вами информацию для расчета льгот.

1. Как можно подробнее опишите полученную вами травму или заболевание. Например, если при падении на работе вы повредили руку, напишите, *какую* руку вы повредили и *почему* упали. Если ваше заболевание развилось со временем, укажите, что вызвало заболевание и в течение какого периода времени вы от него страдаете. (Поля 19a — b.)
2. Предоставьте нам **полную запрашиваемую информацию** о своем месте работы, семейном положении и наличии иждивенцев. Мы используем данную информацию для расчета ваших льгот.
3. Предоставьте нам доступ к записям о вашем трудоустройстве, которые хранятся в Департаменте занятости населения (ESD) в целях обеспечения получения работниками компенсационных выплат и их возвращения к работе. Эта информация может передаваться поставщикам медицинских услуг, поставщикам услуг профессиональной реабилитации и работодателям. Данная информация является конфиденциальной и защищена пунктом (13) статьи 50.13.060 Свода пересмотренных законов штата Вашингтон (RCW).
4. Ознакомьтесь с правовыми положениями в копии формы для работников, прежде чем подписать данную форму.
5. Нужна помощь Департамента труда и промышленности (L&I)?
Горячая линия для работников, получивших травмы в результате несчастного случая на рабочем месте:
Автоматическая информационная служба

1-800-547-8367 (пн. — пт., 08:00—17:00)

1-800-831-5227

Пять вещей, которые вам нужно сделать, пока мы рассматриваем ваше требование

1. Выберите собственного поставщика медицинских услуг из сети поставщиков медицинских услуг Департамента труда и промышленности, даже если после несчастного случая вам оказывал помощь кто-либо другой. Вы можете выбрать поставщика из следующего перечня поставщиков, имеющих лицензию на лечение вашей травмы и координирование процесса оказания вам медицинской помощи: медицинских специалистов, остеопатов, натуропатов, ортопедов, дипломированных практикующих медсестер (ARNP), стоматологов и специалистов по подбору очков. Каталог поставщиков услуг доступен по адресу: www.Lni.wa.gov/FindaDoc. Если в целях получения медицинской помощи вам будет необходима поездка, задайте специалисту, занимающемуся вашим требованием, вопрос о возмещении затрат. **Возмещение транспортных расходов должно быть согласовано заранее.**
2. Обсудите с вашим работодателем варианты облегченного режима труда, если ваш врач даст вам соответствующее разрешение и пропишет определенные ограничения. Многие работники, ставшие жертвой несчастного случая, могут продолжать работать на полную ставку, так как их работодатели **могут** найти возможность изменить их должностные обязанности до их выздоровления. Или Департамент труда и промышленности может компенсировать сокращение заработной платы на другой должности. (Примечание. Выплаты за потерянное время **значительно** ниже, чем доход от работы.)
3. Не платите по счетам за медицинские услуги или лекарства, имеющие отношение к вашей травме. Если фармацевт просит вас заплатить, сохраните квитанцию и обратитесь в Департамент труда и промышленности с просьбой о возмещении.
4. Держите номер своего требования под рукой и пишите его на всех документах, которые нам посылаете. Этот номер указан в копии формы для работника в нижнем правом углу. На карточке написано: «Это номер вашего требования».

- 5. В случае вашего переезда или смены вами поставщика медицинских услуг сообщите об этом специалисту, занимающемуся вашим требованием.** Об изменениях необходимо сообщать в письменном виде, за вашей подписью. Не забудьте также написать номер своего требования.

Адрес для отправки: Department of Labor & Industries
PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291 (штат Вашингтон).

Построчные инструкции по заполнению протокола о несчастном случае

В этом разделе приведен перевод текста полей 1–43 формы. В тех случаях, где не сразу понятно, что вы должны ответить, мы приводим инструкции. Убедитесь, что пишете свои ответы в форме, а НЕ в этом документе.

Информация о работнике

Языковые предпочтения: выберите язык, на котором вы хотели бы, чтобы с вами общались, отметив нужную графу. Если вашего языка нет в списке, отметьте последнюю графу «Другой» и укажите желаемый язык.

1. Имя: имя, второе имя, фамилия. Укажите ваше полное официальное имя.
2. Пол: мужской или женский.
3. Номер социального страхования.
4. Домашний номер телефона.
5. Дата рождения: формат «месяц/день/год».
6. Домашний адрес: с указанием города, штата и почтового индекса.
7. Рост: в футах и дюймах.
8. Вес: в фунтах.
9. Почтовый адрес (если отличается от домашнего адреса): с указанием города, штата и почтового индекса.

Информация об иждивенцах

От вас может потребоваться документальное подтверждение регистрации брака, гражданского партнерства или права на статус иждивенца.

10. Семейное положение: отметьте соответствующую графу.

Левый столбец	Правый столбец
Женат/замужем	Вдовец/вдова
Проживаю с супругом (супругой) отдельно	Не женат/не замужем
Разведен (-а)	
Состою в гражданском браке	

11. Дети на иждивении: в том числе нерожденные с указанием ожидаемой даты рождения. Сумма компенсации будет рассчитана с учетом количества детей, находящихся у вас на иждивении на законных основаниях. Если над иждивенцами не оформлена юридическая опека, заполните поле 13.

Укажите полное имя каждого иждивенца, кем он вам приходится и оформлена ли вами над ним юридическая опека. Чтобы ответить «да», отметьте первую графу, а если юридическая опека не оформлена, отметьте вторую графу «нет». Также укажите дату рождения каждого иждивенца.

12. Имя супруга (супруги) или гражданского мужа (жены).
13. Имя и адрес законного опекуна детей: с указанием города, штата и почтового индекса.

Информация о несчастном случае

14. Дата несчастного случая или последнего воздействия негативных факторов на рабочем месте. Формат даты: месяц/день/год.
15. Время несчастного случая: укажите время и отметьте первую графу «до полудня» или вторую графу «после полудня».
16. График работы (выберите один вариант): отметьте первую графу, если работаете в дневную смену, вторую, если у вас скользящий график, или третью, если работаете в ночную смену.
17. Вы когда-нибудь проходили лечение по поводу этого или подобного заболевания? Отметьте первую графу, чтобы ответить «да», или вторую, чтобы ответить «нет».
18. Данное заболевание возникло в результате конкретного случая? Отметьте первую графу, чтобы ответить «да», или вторую, чтобы ответить «нет».

- 19a. Части тела, которые были травмированы или подверглись негативному воздействию.
- 19b. Подробно опишите, как с вами произошел несчастный случай или как вы подверглись негативному воздействию. (В своем описании укажите инструменты, оборудование, химические вещества или пары, которые могут иметь отношение к несчастному случаю.)
20. Вы выполняли свою обычную работу? Отметьте верхнюю графу, чтобы ответить «да», или нижнюю, чтобы ответить «нет».
21. Где вы стали жертвой несчастного случая или подверглись негативному воздействию? Первая графа — «помещения работодателя», вторая графа — «место работы», третья графа — «другое» (при выборе этого ответа необходимо указать конкретное место в имеющемся поле).
22. Где вы стали жертвой несчастного случая или подверглись негативному воздействию? Назовите компанию. Укажите адрес компании, в том числе город, страну, штат и почтовый индекс.
23. Несчастный случай произошел из-за неисправности оборудования, дефекта продукта или по вине человека, который не является вашим работодателем или коллегой? Отметьте первую графу, чтобы ответить «да», вторую, чтобы ответить «нет» или третью, чтобы ответить «возможно».
24. Укажите свидетелей: напишите имена людей, которые стали свидетелями произошедшего с вами несчастного случая.
25. Когда вы вернетесь к работе? Укажите дату в формате «месяц/день/год».
26. Когда вы последний раз выходили на работу? Укажите дату в формате «месяц/день/год».
27. Вы сообщили о несчастном случае своему работодателю? Отметьте первую графу, чтобы ответить «да», или вторую, чтобы ответить «нет». В первом случае укажите имя и должность соответствующего лица.
28. Укажите, когда это произошло. Укажите дату в формате «месяц/день/год».
29. Был ли у вас в день несчастного случая полис медицинского страхования, оплаченный работодателем? Отметьте первую графу, чтобы ответить «да», или вторую, чтобы ответить «нет».

Информация о месте работы

30. Наименование вашей компании-работодателя.
31. Организационно-правовая форма.
32. Сколько времени вы там проработали? Можно указать приблизительно. Впишите приблизительно количество лет в первое поле, количество месяцев — во второе поле, недель — в третье поле или дней — в четвертое.
33. Номер телефона работодателя. Укажите номер телефона с территориальным кодом.
34. Адрес работодателя с указанием города, штата и почтового индекса.
35. Укажите свою должность и должностные обязанности.
36. Ставка заработной платы на этой должности. Укажите сумму рядом со значком доллара. Отметьте только одну ставку заработной платы.

Левый столбец	Правый столбец
Часовая	Недельная
Дневная	Месячная
Более 1 ставки заработной платы	

37. Кол-во рабочих часов в день. Укажите количество часов, которое вы должны работать каждый день.
38. Кол-во дней в неделю. Укажите количество дней, которое вы должны работать в неделю.
39. Дополнительный заработок (среднесуточный). Укажите сумму рядом со значком доллара. Отметьте каждый вид дополнительного заработка, который вы получаете.

Левый столбец	Правый столбец
Сдельная оплата	Чаевые
Регулярные выплаты за сверхурочную работу	Надбавка за работу в вечернюю или ночную смену
Комиссионные	Премия за последние 12 месяцев

40. На скольких оплачиваемых работах вы работаете?

41. Я: отметьте все имеющие к вам отношение варианты ответа.

Левый столбец	Правый столбец
Собственник	Акционер корпорации
Партнер	Директор корпорации
Должностное лицо корпорации	Дополнительное покрытие
	Неприменимо

42. Подпись (Примечание. Ознакомьтесь с правовыми положениями ниже. После подписания формы проставьте дату в формате «месяц/день/год».)

Я заявляю, что эти утверждения верны, в меру своих знаний и убеждений. Подписывая настоящую форму, я разрешаю поставщикам медицинских услуг, больницам или клиникам представлять в Департамент труда и промышленности соответствующие медицинские заключения, составленные ими или другими лицами.

43. Подпись. После подписания формы проставьте дату в формате «месяц/день/год».

Я уполномочиваю Департамент труда и промышленности и других лиц, действующих от его имени, получать конфиденциальные записи о трудоустройстве от Департамента занятости населения с целью определения суммы компенсационных выплат работнику.

Правовые положения

Статья 51.36.060 Свода пересмотренных законов штата Вашингтон гласит: «Вся информация медицинского характера, находящаяся в распоряжении или под контролем любого лица и имеющая отношение к конкретному несчастному случаю, по мнению департамента, связанная с любым работником, чья травма или профессиональное заболевание является основанием для направления требования в соответствии с настоящим разделом, должна по запросу предоставляться работодателю, представителю заявителя и департаменту на любом этапе разбирательства, и ни одно лицо не несет юридической ответственности за разглашение такой информации».

Пункт (2) статьи 51.48.020 Свода пересмотренных законов штата Вашингтон гласит: «Любое лицо, требующее компенсации в соответствии с настоящим разделом и сообщающее заведомо ложные сведения при предоставлении информации, которую необходимо указать в любом требовании или заявлении согласно данному разделу, считается виновным в мошенничестве или грубом правонарушении согласно положениям о хищении имущества и предвидимых нарушениях раздела 9А Свода пересмотренных законов штата Вашингтон.

Разглашение вашего номера социального страхования: вы не обязаны указывать свой номер социального страхования в этой форме. Однако этот номер поможет Департаменту труда и промышленности рассмотреть ваше требование в соответствии с законодательством о страховании от несчастных случаев на производстве. (См. раздел 51 и главу 51.28 Свода пересмотренных законов штата Вашингтон.)

Пункт (13) статьи 50.13.060 Свода пересмотренных законов штата Вашингтон гласит: «Ненадлежащее использование или несанкционированное разглашение записей или информации любым лицом или организацией, которым доступ к этой информации предоставлен в соответствии с условиями настоящей главы, влечет за собой наложение на данное лицо или организацию административного штрафа в размере пяти тысяч долларов и применение других действующих санкций согласно законодательству штата и федеральному законодательству. Судебный иск, обеспечивающий выполнение условий настоящего пункта, должен быть предъявлен главным прокурором штата, а сумма взысканных штрафов должна быть перечислена в административный резервный фонд Департамента занятости населения. Главный прокурор штата может взыскать разумную сумму за услуги прокурора штата за любые иски, обеспечивающие выполнение условий настоящего пункта».

Статья 50.13.015 Свода пересмотренных законов штата Вашингтон гласит: «Если информация, предоставленная департаменту другим государственным органом, считается частной и конфиденциальной в соответствии с законодательством штата или федеральным законодательством, департамент не имеет права разглашать такую информацию».

Как получить помощь по вашему требованию, поданному в Департамент труда и промышленности

Позвоните нам Горячая линия для работников, получивших травмы в результате несчастного случая на рабочем месте: 1-800-547-8367 (пн. — пт., 08:00—17:00)
Автоматическая информационная служба: 1-800-831-5227
Линия TDD для лиц с нарушениями слуха и речи: 1-360-902-5797

Веб-сайт Веб-сайт Департамента труда и промышленности: www.Lni.wa.gov

Узнайте о том, каким образом обрабатываются требования, что покрывает компенсация работникам, как рассчитываются компенсационные выплаты, что должен сделать ваш работодатель, и многое другое.

Нужна техническая поддержка по нашему веб-сайту?

- Электронная почта: WebSupport@Lni.wa.gov
- Телефон: 360-902-5999

Вы также можете позвонить или прийти лично в местный офис Департамента труда и промышленности. Номера телефонов офисов указаны в вашей телефонной книге в разделе «Штат Вашингтон, Департамент труда и промышленности».

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