

請將填妥的申請表格郵寄至：  
 Department of Labor & Industries  
 Claims Section  
 PO Box 44291  
 Olympia WA 98504-4291



## 工作相關便利調整 協助申請書

每一位供應商填寫一份申請書

|                      |           |             |
|----------------------|-----------|-------------|
|                      | 受傷日期      | 索償號碼：       |
| 受傷僱員之姓名              | 符合要求的確診病症 |             |
| 職業康復輔導員/工作相關便利調整諮詢顧問 |           | 服務提供者號碼     |
| 事務所名稱                |           | 電話號碼        |
| 地址                   |           | 傳真號碼        |
| 城市                   | 州         | 郵遞區號+最後4位號碼 |

|         |      |
|---------|------|
| 當事僱員的職稱 |      |
| 僱主姓名或名稱 | 電話號碼 |

|      |              |
|------|--------------|
| 各項侷限 | 對工作相關便利調整之描述 |
|------|--------------|

|                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 費用之分項明細條目：<br>設備 _____<br>工具 _____<br>其他 _____<br>組裝、安裝與交付 _____<br>稅款 _____<br>合計金額 \$ _____<br>僱主應支付的費用份額 _____<br>由州府資助或自保險支付的費用份額 _____ | 要求提交之文件證明<br><input type="checkbox"/> 對工作相關便利調整之描述或諮詢報告<br>以及<br><input type="checkbox"/> 東主共有權協議書<br>以及<br><input type="checkbox"/> 投標書 (若某一單項目費用超過\$2,500, 則需有2份投標書) | 要求提供勞工與工商保險服務部 (L&I) 服務提供者號碼, 方可獲得費用支付。<br>若設備供應商無勞工與工商保險服務部服務提供者號碼 - 請致電: 服務提供者賬戶服務科 (360) 902-5140<br>請利用粉色「再培訓與工作相關便利調整服務聲明書」表格 (F245-030-000) 提交賬單, 以便獲得費用支付。隨附已獲批准的申請書之副本。 |
|                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                        | 供應商姓名或名稱                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                        | 地址                                                                                                                                                                              |
| 城市                                                                                                                                          | 州                                                                                                                                                                      | 郵遞區號+最後4位號碼                                                                                                                                                                     |

|       |         |      |
|-------|---------|------|
| _____ | 服務提供者號碼 | 電話號碼 |
|-------|---------|------|

|    |                |                |
|----|----------------|----------------|
| 日期 | 職業康復輔導員或諮詢顧問簽名 | 僱主簽名 (若協助支付費用) |
|----|----------------|----------------|

|        |                             |                                                   |                                            |                              |
|--------|-----------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------|
| 僅供本部填寫 | <input type="checkbox"/> 批准 | <input type="checkbox"/> AUTH中所填寫的授權代碼<br>(0380R) | <input type="checkbox"/> CLOG中所填寫的授權<br>金額 | <input type="checkbox"/> 未批准 |
|--------|-----------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------|

|    |       |
|----|-------|
| 日期 | 授權人簽名 |
|----|-------|

# 出於工作相關便利調整服務之需而購置的工具和設備之東主共有權協議書

當事僱員： \_\_\_\_\_

索償號碼： \_\_\_\_\_

僱主： \_\_\_\_\_

提供此項工作相關便利調整旨在針對本人的工作相關侷限而提供便利安排，以便本人能夠履行工作職責並重返工作崗位。

我的僱主與本人需要就誰擁有相關設備而達成協議，並記錄如下。（當事僱員通常被列為一切便攜物品的擁有者。）

當本人順利重返工作崗位後，獲指定方將擁有這些物品。於本人當班期間，由僱主擁有的任何設備均須供本人使用。

## 維護責任：

（於廠家擔保期滿失效後 – 若適用），將由所確定的擁有者承擔對上述設備的妥善保管、適當維護和維修責任。

## 退還政策：

對於本人未使用的任何物品，或者若本人未能順利重返工作崗位，我將向勞工與工商保險服務部退還任何此類物品。本人將與勞工與工商保險服務部聯絡並做出安排，以便將上述設備退還給附近的服務地點。

如果僱主已經支付任何工作相關便利調整的費用，或者這些設備安裝在工作場所，則僱主可以保留這些設備，而無論工作相關便利調整的結果如何，也無論當事僱員是否重返工作崗位。

本人理解以上協議內容，並願意遵守協議條款。

\_\_\_\_\_  
僱員簽名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
僱主簽名

\_\_\_\_\_  
日期

## 物品清單

| 設備/型號# | 擁有者（順利完成後） |
|--------|------------|
|        |            |
|        |            |

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

## 「工作相關便利調整協助申請書填寫方法說明」(F245-346-000)

請注意： 需為每一位供應商分別提交一份申請書。

- 1) **受傷日期**：記錄受傷日期。
- 2) **索償號碼**：適用於代其提交此申請書的受傷僱員。
- 3) **受傷僱員之姓名**：受傷僱員之完整姓名。
- 4) **符合要求的確診病症**：記錄符合要求的職業病症。
- 5) **職業康復輔導員/工作相關便利調整諮詢顧問**：記錄提交此申請書者的姓名 (必須為職業康復輔導員、工作相關便利調整諮詢顧問或者受過此申請書填寫培訓的僱主。) 不得由當事僱員提交。
  - a) **事務所名稱**：記錄該職業康復輔導員/工作相關便利調整諮詢顧問所代表之事務所名稱。
  - b) **服務提供者號碼**：記錄該職業康復輔導員/工作相關便利調整諮詢顧問之服務提供者號碼。
  - c) **地址**：記錄該職業康復輔導員/工作相關便利調整諮詢顧問之地址、電話號碼及傳真號碼。
- 6) **工作職稱**：記錄就其提交此申請書的實際或預期工作職稱。
- 7) **僱主姓名或名稱**：記錄與上列工作職稱相關的僱主姓名或名稱及電話號碼。
- 8) **描述各項工作相關侷限**：列明涉及上述工作相關便利調整的身體能力侷限或限制。
- 9) **對工作相關便利調整之描述**：簡要列明所請求的設備和提出此項請求的原因。
- 10) **費用之分項明細條目**：
  - a) **設備**：記錄所請求的設備之費用。
  - b) **工具**：記錄所請求的任何工具之費用。
  - c) **其他**：記錄非設備、非工具條目，例如培訓時間等。
  - d) **組裝**：記錄組裝、安裝與交付之費用。
  - e) **總額**：記錄為此供應商所請求的工作相關便利調整之費用總額。
  - f) **應由僱主支付的份額**：記錄僱主將向此供應商支付的金額。
  - g) **州府資助(SF)或自保險(SIE)份額**：記錄提請由州府資助(SF)或自保險(SIE)支付的金額。
- 11) **要求提交的證明文件**
  - a) **報告**：若先前已提交過報告書，則請寫明報告書已經「存檔備案」。

- b) **投標書**：若任何物品金額超過\$2,500.00，則需提交兩份投標書。此報價中包括稅款、貨運費、交付費及培訓收費。若僅有一位供應商備有該物品，則請說明此為該物品的唯一來源。
- c) **東主共有權協議書**：提交填妥的F245-346-000表格，第2頁。
- 12) **供應商**：填寫供應商的姓名或名稱、地址、電話號碼和服務提供者號碼。供應商必須有服務提供者號碼，方可獲得費用補償。