

Направляйте заполненные формы по
почте в
Department of Labor & Industries
Claims Section
PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291



ЗАЯВКА НА ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ДО ПОЛУЧЕНИЯ РАБОТЫ

**Не более одного поставщика на форму
заявки**

Дата получения травмы	Номер заявки
Подтвержденный диагноз	
Консультант по вопросам занятости или консультант по переподготовке	
Номер поставщика услуг	
Название компании	
Телефон	
Адрес	
Факс	
Город	Штат
Девятизначный индекс	

Должность сотрудника	
Наименование работодателя	Телефон

ОГРАНИЧЕНИЯ	ОПИСАНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ДОЛЖНОСТНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ

СПИСОК РАСХОДОВ	ТРЕБУЕМАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ	
Оборудование _____	<input type="checkbox"/> Краткое описание изменения должностных обязанностей или отчет о консультации	Для оплаты необходим номер поставщика, выданный Департаментом труда и промышленности (L&I). Если у поставщика оборудования нет номера поставщика услуг L&I, обратитесь в отдел по работе с поставщиками услуг (360) 902-51-40
Инструменты _____		
Другое _____	<input type="checkbox"/> Соглашение о владении	Для оплаты используйте форму «Заявление на предоставление услуг по переподготовке и изменению должностных обязанностей» розового цвета (F245-030-000). Приложите копию утвержденной заявки.
Доставка, сборка и монтаж _____		
Налог _____	<input type="checkbox"/> Заявки (2 заявки, если стоимость одного предмета превышает 2500 долл. США)	Наименование поставщика
Итого \$ _____		
Доля расходов работодателя _____	Город	Штат
Доля государственного страхового фонда или самострахования _____	Номер поставщика услуг	Девятизначный индекс
		Телефон

Дата	Подпись консультанта по вопросам занятости или иного консультанта	Подпись сотрудника (если участвует в оплате)
------	---	--

Только для использования сотрудниками Департамента	<input type="checkbox"/> Одобрено	<input type="checkbox"/> Код разрешения (0380R) <u>введен</u> при AUTH	<input type="checkbox"/> Выделенная сумма <u>введена</u> при CLOG	<input type="checkbox"/> Отклонено
Дата	Должность подписавшего			

Соглашение о праве собственности на инструменты и оборудование, приобретенные в результате изменения должностных обязанностей

Сотрудник: _____

Заявка №: _____

Работодатель: _____

Настоящее изменение осуществляется с целью обеспечить выполнение обязанностей на рабочем месте с учетом ограничений.

Моему работодателю и мне необходимо согласовать право на владение оборудованием и указать соответствующую информацию ниже. Как правило, владельцем любых переносных предметов будет указан сотрудник.

Указанная сторона вступит во владение данными предметами на момент моего возвращения на работу. Любое оборудование, владельцем которого является работодатель, должно быть доступно для меня во время моей смены.

Обязанности по техническому обслуживанию

Указанный пользователь несет ответственность за хранение, надлежащий уход и ремонт оборудования (в случае окончания гарантии производителя, если применимо).

Политика возврата

Я обязуюсь вернуть любые предметы в L&I в случае невозможности их использования или моей неспособности вернуться на работу. Я обращаюсь в L&I и организую возврат оборудования в ближайший центр обслуживания.

Если работодатель оплатил любые расходы по изменению либо если оборудование установлено на рабочем месте, работодатель может оставить у себя оборудование вне зависимости от результатов изменения должностных обязанностей или факта возвращения на работу.

Мне понятно соглашение, изложенное выше, и я обязуюсь исполнять его положения.

Подпись сотрудника

Дата

Подпись работодателя

Дата

Опись

Оборудование/№ модели	Владелец (после успешного завершения)

ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ ЗАЯВКИ НА ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ ИЗМЕНЕНИИ ДОЛЖНОСТНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ (F245-346-000)

ПРИМЕЧАНИЕ. ДЛЯ КАЖДОГО ПОСТАВЩИКА НЕОБХОДИМО ПОДАВАТЬ ОТДЕЛЬНУЮ ФОРМУ.

- 1) **ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ ТРАВМЫ.** Укажите дату получения травмы.
- 2) **НОМЕР ЗАЯВКИ.** Для получившего травму сотрудника или лица, от имени которого подается форма.
- 3) **ИМЯ СОТРУДНИКА, ПОЛУЧИВШЕГО ТРАВМУ.** Полное имя и фамилия сотрудника, получившего травму:
- 4) **ПОДТВЕРЖДЕННЫЙ ДИАГНОЗ.** Укажите подтвержденное профессиональное заболевание.
- 5) **КОНСУЛЬТАНТ ПО ВОПРОСАМ ЗАНЯТОСТИ ИЛИ КОНСУЛЬТАНТ ПО ПЕРЕПОДГОТОВКЕ.** Укажите имя лица, подающего заявку (необходим консультант по вопросам занятости, консультант по переподготовке или работодатель, обученный заполнению форм). Подача сотрудником запрещена.
 - a) **НАИМЕНОВАНИЕ КОМПАНИИ.** Укажите наименование компании, которую представляет консультант по вопросам занятости или консультант по переподготовке.
 - b) **НОМЕР ПОСТАВЩИКА УСЛУГ.** Укажите номер поставщика услуг консультанта по вопросам занятости или консультанта по переподготовке.
 - c) **АДРЕС.** Укажите адрес, номера телефона и факса консультанта по вопросам занятости или консультанта по переподготовке.
- 6) **ДОЛЖНОСТЬ.** Укажите фактическую или планируемую должность, в отношении которой подается заявление.
- 7) **НАИМЕНОВАНИЕ РАБОТОДАТЕЛЯ.** Укажите имя и телефон работодателя, предоставляющего указанную должность.
- 8) **ОПИСАНИЕ ОГРАНИЧЕНИЙ НА РАБОТЕ.** Перечислите ограничения физических возможностей, связанные с запрашиваемым изменением.
- 9) **ОПИСАНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ДОЛЖНОСТНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ.** Кратко перечислите запрашиваемое оборудование и причину запроса.
- 10) **СПИСОК РАСХОДОВ**
 - a) **ОБОРУДОВАНИЕ.** Укажите стоимость запрашиваемого оборудования.
 - b) **ИНСТРУМЕНТЫ.** Укажите стоимость запрашиваемых инструментов.
 - c) **ДРУГОЕ.** Укажите стоимость элементов, не относящихся к оборудованию или инструментам, например время обучения.
 - d) **СБОРКА.** Укажите стоимость доставки, установки и монтажа.
 - e) **ИТОГО.** Укажите общую стоимость изменений, запрашиваемых для данного поставщика.
 - f) **ДОЛЯ РАБОТОДАТЕЛЯ.** Укажите сумму, которую поставщику выплачивает работодатель.
 - g) **ДОЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ФОНДА ИЛИ САМОСТРАХОВАНИЯ.** Укажите сумму, запрашиваемую у государственного фонда или фонда самострахования.
- 11) **ТРЕБУЕМАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**
 - a) **ОТЧЕТ.** Если отчет уже подан ранее, укажите, что он «приобщен к делу».
 - b) **ЗАЯВКИ.** Для любого предмета стоимостью более 2500 долл. США необходимо подавать две заявки. Цена включает любые налоги, а также транспортные расходы и расходы на обучение. Если предмет поставляется только одним поставщиком, укажите, что он поставляется на внеконкурсной основе.
 - c) **СОГЛАШЕНИЕ О ВЛАДЕНИИ.** Передайте заполненную форму F245-346-000, стр. 2.
- 12) **ПОСТАВЩИК.** Введите имя, адрес, телефон и номер поставщика услуг. Для получения компенсации поставщик должен иметь собственный номер поставщика услуг.