



電話：360-902-6101

工傷僱員必須年滿**50**歲或**50**歲以上，且勞工與工商保險服務部收到相關索賠至少一百八十(180)天，准許索賠的命令係最終且具有約束力。

請填寫此表並將此表提交至上列地址或傳真至：360-902-5285。

工傷僱員資訊：

工傷僱員姓名（申請者不是工傷僱員時填寫）：

受傷僱員的法律代表（如適用）：

僱主資訊：

僱主姓名（申請者不是僱主時填寫）：

僱主的法律代表（如適用）：

第三方管理人員（如適用）：

申請者資訊：

工傷僱員 僱主 僱主代表

姓名：

地址：

城市：

州：

郵遞區號：

電話號碼：

工傷僱員索賠號碼：

請說明為何申請結算，並附上未包含在索賠檔案中的支持性文件資料（如有需要可另附紙張）。

簽名：

簽名日期：