

# Заявление на разрешение иска путем урегулирования

Department of Labor and Industries  
Settlement Unit  
PO Box 44251  
Olympia WA 98504-4251  
Phone: 360-902-6101

**Работник, получивший травму на производстве, должен быть в возрасте 50 лет или старше, должно пройти как минимум сто восемьдесят (180) дней с момента получения Министерством труда и промышленности иска и распоряжение, допускающее иск, должно быть окончательным и обязательным к исполнению.**

Заполните, пожалуйста, данную форму и отправьте по адресу, указанному выше, или факсу: 360-902-5285.

## Информация о работнике, получившем травму:

Полное имя работника, получившего травму (если отличается от запрашивающего лица)
Уполномоченный представитель работника, получившего травму (если применимо)

## Информация о работодателе:

Название/имя работодателя (если отличается от запрашивающего лица)
Уполномоченный представитель работодателя (если применимо)
Третья сторона, обеспечивающая исполнение (если применимо)

## Информация о запрашивающем лице:

Работник, получивший травм       Работодатель       Представитель работодателя

Полное имя		
Адрес		
Город	Штат	Индекс
Номер телефона	Номер иска работника, получившего травму	

Подпись

Дата подписания