

# بیانیه اعلام حقایق



Department of Labor and Industries  
 Claims Section  
 PO Box 44291  
 Olympia WA 98504-4291

سؤال های زیر با هدف ارزیابی درخواست شما برای باز شدن مجدد پرونده ارائه شده است. اگر به فضای بیشتری نیاز دارید به صفحه های بعد مراجعه کنید.

نام مددکار	شماره دعوی
------------	------------

## شرایط فعلی

فهرست بخش هایی که در آنها احساس درد دارید:
بعد از بسته شدن پرونده شرایطتان به چه صورت بهتر شد؟
این حالت چه ارتباطی با جراحت صنعتی شما دارد؟
چرا می خواهید دوباره پرونده تان باز شود؟
بعد از بسته شدن پرونده، چه زمان نسبت به انجام درمان های پزشکی اقدام کردید و با چه کسی تماس گرفتید؟
نام ارائه دهنده: شماره تلفن
خیابان شهر استان کد پستی
تاریخ درمان:
نام ارائه دهنده: شماره تلفن
خیابان شهر استان کد پستی
تاریخ درمان:

از برگه در پشت صفحه برای سایر ارائه دهندگان استفاده کنید

## سابقه درمان

اگر به هرکدام از پررزش های زیر پاسخ "بله" داده اید، لطفاً اطلاعات ارائه دهنده را در قسمت بعدی وارد کنید.	
آیا از زمان بسته شدن پرونده تان تا بحال، دچار جراحت جدیدی شده اید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
توصیف جراحت ها	
تاریخ جراحت ها	
آیا هیچکدام از جراحت های جدید، نتیجه تصادف ماثین بوده اند؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا در رابطه با سایر شرکت های بیمه هم شکایت دارید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
فهرست دعوی ها:	
نام شرکت یا بیمه کننده:	

نام مددکار	شماره دعوی
------------	------------

**اطلاعات ارائه دهنده**

نام ارائه دهنده:	شماره تلفن
خیابان	شهر
استان	کد پستی
تاریخ درمان:	
نام ارائه دهنده:	شماره تلفن
خیابان	شهر
استان	کد پستی
تاریخ درمان:	
نام ارائه دهنده:	شماره تلفن
خیابان	شهر
استان	کد پستی
تاریخ درمان:	

**سابقه اشتغال**

نام کارفرما در زمان اشتغال	تاریخ جراحت
----------------------------	-------------

**فهرست تمام کارفرمایان از زمان بروز جراحت**

نام کارفرمای فعلی:	شماره تلفن
خیابان	شهر
استان	کد پستی
عنوان شغلی:	وظایف شغلی:
تاریخ شروع به کار:	
چند ساعت در روز کارهای زیر را انجام می دادید؟	
فشار دادن/کشیدن	کار کردن روی سر
بلند کردن اجسام	زانو زدن
کارکردن قبلی:	شماره تلفن
خیابان	شهر
استان	کد پستی
عنوان شغلی:	وظایف شغلی:
تاریخ های اشتغال	از / / تا / /
چند ساعت در روز کارهای زیر را انجام می دادید؟	
فشار دادن/کشیدن	کار کردن روی سر
بلند کردن اجسام	زانو زدن
کار کردن با صفحه کلید	محکم گرفتن

نام مددکار	شماره دعوی
------------	------------

شماره تلفن		کارفرمای قبلی:	
کد پستی	استان	شهر	خیابان
عنوان شغلی:		وظایف شغلی:	
تاریخ های اشتغال از ____/____/____ تا ____/____/____			
چند ساعت در روز کارهای زیر را انجام می دادید؟			
کار کردن با صفحه کلید	کار کردن روی سر	فشار دادن/کشیدن	
محکم گرفتن	زانو زدن	بلند کردن اجسام	

شماره تلفن		کارفرمای قبلی:	
کد پستی	استان	شهر	خیابان
عنوان شغلی:		وظایف شغلی:	
تاریخ های اشتغال از ____/____/____ تا ____/____/____			
چند ساعت در روز کارهای زیر را انجام می دادید؟			
کار کردن با صفحه کلید	کار کردن روی سر	فشار دادن/کشیدن	
محکم گرفتن	زانو زدن	بلند کردن اجسام	

آیا بازنشسته هستید؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	اگر پاسختان بله است، تاریخ بازنشستگی را عنوان کنید: _____
لطفاً دلیل بازنشستگی را عنوان کنید:		
آیا از مزایای تأمین اجتماعی استفاده می کنید؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	اگر پاسختان بله است، تاریخ شروع دریافت مزایا را عنوان کنید: _____
لطفاً دلیل دریافت مزایای تأمین اجتماعی را عنوان کنید:		
اگر در حال حاضر کار نمی کنید، لطفاً دلیل آن را توضیح دهید:		

**بیانیه کارگری:** با امضای فرم زیر، من با اطلاع از قانون مجازات جرایم در ایالت واشنگتن اعلام می کنم که آنچه عنوان کرده ام، صحیح و درست هستند. همچنین می دانم که بیان اشتباه مطالب باعث جریمه مدنی یا کیفری من خواهد شد.

امضا:	تاریخ
-------	-------

نام مددکار	شماره دعوی
------------	------------

ادامه صفحه

سایر ارائه دهندگان

نام ارائه دهنده:	شماره تلفن		
خیابان	شهر	استان	کد پستی
تاریخ درمان:			
نام ارائه دهنده:	شماره تلفن		
خیابان	شهر	استان	کد پستی
تاریخ درمان:			
نام ارائه دهنده:	شماره تلفن		
خیابان	شهر	استان	کد پستی
تاریخ درمان:			

سایر کارفرمایان

کارفرمای قبلی:	شماره تلفن		
خیابان	شهر	استان	کد پستی
عنوان شغلی:	وظایف شغلی:		
تاریخ های اشتغال	از ____ / ____ / ____ تا ____ / ____ / ____		
چند ساعت در روز کارهای زیر را انجام می دادید؟			
فشار دادن/کشیدن	کار کردن روی سر	کار کردن با صفحه کلید	
بلند کردن اجسام	زانو زدن	محکم گرفتن	
کارفرمای قبلی:	شماره تلفن		
خیابان	شهر	استان	کد پستی
عنوان شغلی:	وظایف شغلی:		
تاریخ های اشتغال	از ____ / ____ / ____ تا ____ / ____ / ____		
چند ساعت در روز کارهای زیر را انجام می دادید؟			
فشار دادن/کشیدن	کار کردن روی سر	کار کردن با صفحه کلید	
بلند کردن اجسام	زانو زدن	محکم گرفتن	