



ຈໍາເປັນຕ້ອງຕອບຄໍາຖາມຂ້າງລຸ່ມເພື່ອປະເມີນຄໍາຂໍຂອງທ່ານສໍາລັບການເປີດຄືນໃໝ່. ເບິ່ງແຜ່ນເຈ້ຍສືບຕໍ່ຖ້າຕ້ອງການພື້ນທີ່ຫວ່າງເພີ່ມເຕີມ.

|           |                 |
|-----------|-----------------|
| ຊື່ຄົນງານ | ໝາຍເລກຜູ້ຮ້ອງຂໍ |
|-----------|-----------------|

**ສະພາບການປັດຈຸບັນ**

|  |            |     |             |
|--|------------|-----|-------------|
| ບອກບໍລິເວນທີ່ເຈັບ:   |            |     |             |
| ສະພາບຂອງທ່ານຮ້າຍແຮງຂຶ້ນແນວໃດຫຼັງຈາກການປັດ?   |            |     |             |
| ສິ່ງນີ້ກ່ຽວຂ້ອງກັບການບາດເຈັບທາງອຸດສາຫະກຳຂອງທ່ານແນວໃດ?                              |            |     |             |
| ເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງຕ້ອງການໃຫ້ເປີດການຮ້ອງຂໍເງິນປະກັນຄືນໃໝ່?                            |            |     |             |
| ທ່ານຮັບການປິ່ນປົວທາງການແພດເມື່ອໃດ ແລະ ນໍາໃຜຫຼັງຈາກການປັດການຮ້ອງຂໍເງິນປະກັນຂອງທ່ານ? |            |     |             |
| ຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ:  | ເບີໂທລະສັບ |     |             |
| ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ  | ເມືອງ      | ລັດ | ລະຫັດໄປສະນີ |
| ວັນທີປິ່ນປົວ:  |            |     |             |
| ຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ:  | ເບີໂທລະສັບ |     |             |
| ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ  | ເມືອງ      | ລັດ | ລະຫັດໄປສະນີ |
| ວັນທີປິ່ນປົວ:  |            |     |             |

ໃຊ້ໃບເຈ້ຍສືບຕໍ່ຢູ່ດ້ານຫຼັງສໍາລັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເພີ່ມເຕີມ

**ປະຫວັດການປິ່ນປົວ**

|   |  |
|---|--|
| <i>ຖ້າຕອບວ່າແມ່ນຕໍ່ກັບຄໍາຖາມໃດໆກໍຕາມຂ້າງລຸ່ມ, ກະລຸນາລວມເອົາຂໍ້ມູນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຢູ່ໃນຂໍ້ຕໍ່ໄປ.</i>                  |  |
| ທ່ານເຄີຍເກີດການບາດເຈັບໃໝ່ນັບຕັ້ງແຕ່ການປັດການຮ້ອງຂໍບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ | ທ່ານເຄີຍຮັບການປິ່ນປົວໃດໆບໍ່?: <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ |
| ລາຍລະອຽດຂອງການບາດເຈັບ:  |  |
| ວັນທີບາດເຈັບ:   |  |
| ການບາດເຈັບໃໝ່ເປັນຜົນມາຈາກອຸປະຕິເຫດລົດຍົນບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່           | ວັນທີ  |
| ທ່ານມີການຮ້ອງຂໍເງິນປະກັນນໍາບໍລິສັດປະກັນໄພອື່ນໃດໆບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່   |  |
| ບອກການຮ້ອງຂໍເງິນປະກັນ:  |  |
| ຊື່ບໍລິສັດປະກັນ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ປະກັນ:  |  |

|           |                 |
|-----------|-----------------|
| ຊື່ຄົນງານ | ໝາຍເລກຜູ້ຮ້ອງຂໍ |
|-----------|-----------------|

**ຂໍ້ມູນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ**

|                   |            |     |             |
|-------------------|------------|-----|-------------|
| ຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ: | ເບີໂທລະສັບ |     |             |
| ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ       | ເມືອງ      | ລັດ | ລະຫັດໄປສະນີ |
| ວັນທີປິ່ນປົວ:     |            |     |             |
| ຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ: | ເບີໂທລະສັບ |     |             |
| ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ       | ເມືອງ      | ລັດ | ລະຫັດໄປສະນີ |
| ວັນທີປິ່ນປົວ:     |            |     |             |
| ຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ: | ເບີໂທລະສັບ |     |             |
| ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ       | ເມືອງ      | ລັດ | ລະຫັດໄປສະນີ |
| ວັນທີປິ່ນປົວ:     |            |     |             |

**ປະຫວັດການຈ້າງງານ**

|                                |              |
|--------------------------------|--------------|
| ຊື່ນາຍຈ້າງໃນເວລາເກີດການບາດເຈັບ | ວັນທີບາດເຈັບ |
|--------------------------------|--------------|

**ບອກນາຍຈ້າງທັງໝົດນັບຕັ້ງແຕ່ການບາດເຈັບຂອງທ່ານ**

|   |                      |                   |                |
|---|----------------------|-------------------|----------------|
| ຊື່ນາຍຈ້າງປັດຈຸບັນ:                     | ເບີໂທລະສັບ           |                   |                |
| ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ                             | ເມືອງ                | ລັດ               | ລະຫັດໄປສະນີ    |
| ຕໍາແໜ່ງວຽກ:                             | ໜ້າວຽກ:              |                   |                |
| ວັນທີຈ້າງງານ:                           |                      |                   |                |
| ທ່ານເຮັດໜ້າວຽກຕໍ່ໄປນີ້ຈັກຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້? |                      |                   |                |
| ການຍູ້/ດຶງ                              | ວຽກທີ່ເຮັດຢູ່ເທິງຫົວ | ການພິມດ້ວຍແປ້ນພິມ |                |
| ການຍົກສິ່ງຂອງ                           | ການຄູ່ເຂົ້າ          | ການຈັບຍືດ         |                |
| ນາຍຈ້າງກ່ອນນີ້:                         | ເບີໂທລະສັບ           |                   |                |
| ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ                             | ເມືອງ                | ລັດ               | ລະຫັດໄປສະນີ    |
| ຕໍາແໜ່ງວຽກ:                             | ໜ້າວຽກ:              |                   |                |
| ວັນທີຈ້າງງານ                            | ແຕ່                  | ___/___/___       | ຫາ ___/___/___ |
| ທ່ານເຮັດໜ້າວຽກຕໍ່ໄປນີ້ຈັກຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້? |                      |                   |                |
| ການຍູ້/ດຶງ                              | ວຽກທີ່ເຮັດຢູ່ເທິງຫົວ | ການພິມດ້ວຍແປ້ນພິມ |                |
| ການຍົກສິ່ງຂອງ                           | ການຄູ່ເຂົ້າ          | ການຈັບຍືດ         |                |

|           |                 |
|-----------|-----------------|
| ຊື່ຄົນງານ | ໝາຍເລກຜູ້ຮ້ອງຂໍ |
|-----------|-----------------|

|   |                      |                   |             |
|---|----------------------|-------------------|-------------|
| ນາຍຈ້າງກ່ອນນີ້:                                   |                      | ເບີໂທລະສັບ        |             |
| ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ                                       | ເມືອງ                | ລັດ               | ລະຫັດໄປສະນີ |
| ຕໍາແໜ່ງວຽກ:                                       | ໜ້າວຽກ:              |                   |             |
| ວັນທີຈ້າງງານ ແຕ່ ____/____/____ ຫາ ____/____/____ |                      |                   |             |
| ທ່ານເຮັດໜ້າວຽກຕໍ່ໄປນີ້ຈັກຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້?           |                      |                   |             |
| ການຍູ້/ດຶງ  | ວຽກທີ່ເຮັດຢູ່ເທິງຫົວ | ການພິມດ້ວຍແບ້ນພິມ |             |
| ການຍົກສິ່ງຂອງ                                     | ການຄູ່ເຂົ້າ          | ການຈັບຍຶດ         |             |

|   |                      |                   |             |
|---|----------------------|-------------------|-------------|
| ນາຍຈ້າງກ່ອນນີ້:                                   |                      | ເບີໂທລະສັບ        |             |
| ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ                                       | ເມືອງ                | ລັດ               | ລະຫັດໄປສະນີ |
| ຕໍາແໜ່ງວຽກ:                                       | ໜ້າວຽກ:              |                   |             |
| ວັນທີຈ້າງງານ ແຕ່ ____/____/____ ຫາ ____/____/____ |                      |                   |             |
| ທ່ານເຮັດໜ້າວຽກຕໍ່ໄປນີ້ຈັກຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້?           |                      |                   |             |
| ການຍູ້/ດຶງ  | ວຽກທີ່ເຮັດຢູ່ເທິງຫົວ | ການພິມດ້ວຍແບ້ນພິມ |             |
| ການຍົກສິ່ງຂອງ                                     | ການຄູ່ເຂົ້າ          | ການຈັບຍຶດ         |             |

|  |  |  |
|--|--|--|
| ທ່ານກະສຽນວຽກແລ້ວບໍ່?                           | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ | ຖ້າແມ່ນ, ວັນທີທີ່ທ່ານກະສຽນວຽກ: _____           |
| ກະລຸນາບອກເຫດຜົນສໍາລັບການກະສຽນວຽກ:              |  |  |
| ທ່ານກຳລັງໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອປະກັນສັງຄົມບໍ່?    | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ | ຖ້າແມ່ນ, ວັນທີທີ່ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອເລີ່ມຕົ້ນ: _____ |
| ກະລຸນາບອກເຫດຜົນສໍາລັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອປະກັນສັງຄົມ: |  |  |
| ຖ້າບໍ່ໄດ້ເຮັດວຽກໃນປັດຈຸບັນ, ກະລຸນາອະທິບາຍ:     |  |  |

**ຄໍາຖະແຫຼງຂອງຄົນງານ:** ໂດຍການເຊັນຊື່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມ, ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນໝາຍໃຕ້ບົດລົງໂທດການເວົ້າຄວາມເທັດອົງຕາມກົດໝາຍຂອງລັດ Washington ວ່າສິ່ງທີ່ກ່າວມາແລ້ວນັ້ນເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈຕື່ມອີກວ່າການໃຫ້ການເທັດອາດຈະສົ່ງຜົນໃຫ້ເກີດການຮັບໂທດທາງແພ່ງ ຫຼື ທາງອາຍາໄດ້.

|          |       |
|----------|-------|
| ລາຍເຊັນ: | ວັນທີ |
|----------|-------|

|           |                 |
|-----------|-----------------|
| ຊື່ຄົນງານ | ໝາຍເລກຜູ້ຮ້ອງຂໍ |
|-----------|-----------------|

ແຜ່ນເຈ້ຍສືບຕໍ່

**ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເພີ່ມເຕີມ**

|                   |            |     |             |
|-------------------|------------|-----|-------------|
| ຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ: | ເບີໂທລະສັບ |     |             |
| ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ       | ເມືອງ      | ລັດ | ລະຫັດໄປສະນີ |
| ວັນທີປິ່ນປົວ:     |            |     |             |
| ຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ: | ເບີໂທລະສັບ |     |             |
| ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ       | ເມືອງ      | ລັດ | ລະຫັດໄປສະນີ |
| ວັນທີປິ່ນປົວ:     |            |     |             |
| ຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ: | ເບີໂທລະສັບ |     |             |
| ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ       | ເມືອງ      | ລັດ | ລະຫັດໄປສະນີ |
| ວັນທີປິ່ນປົວ:     |            |     |             |

**ນາຍຈ້າງເພີ່ມເຕີມ**

|   |                            |                         |                |
|---|----------------------------|-------------------------|----------------|
| ນາຍຈ້າງກ່ອນນີ້:                         | ເບີໂທລະສັບ                 |                         |                |
| ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ                             | ເມືອງ                      | ລັດ                     | ລະຫັດໄປສະນີ    |
| ຕຳແໜ່ງວຽກ:                              | ໜ້າວຽກ:                    |                         |                |
| ວັນທີຈ້າງງານ                            | ແຕ່                        | ___/___/___             | ຫາ ___/___/___ |
| ທ່ານເຮັດໜ້າວຽກຕໍ່ໄປນີ້ຈັກຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້? |                            |                         |                |
| _____ ການຢູ່/ດຶງ                        | _____ ວຽກທີ່ເຮັດຢູ່ເທິງຫົວ | _____ ການພິມດ້ວຍແປ້ນພິມ |                |
| _____ ການຍົກສິ່ງຂອງ                     | _____ ການຄູ່ເຂົ້າ          | _____ ການຈັບຍືດ         |                |
| ນາຍຈ້າງກ່ອນນີ້:                         | ເບີໂທລະສັບ                 |                         |                |
| ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ                             | ເມືອງ                      | ລັດ                     | ລະຫັດໄປສະນີ    |
| ຕຳແໜ່ງວຽກ:                              | ໜ້າວຽກ:                    |                         |                |
| ວັນທີຈ້າງງານ                            | ແຕ່                        | ___/___/___             | ຫາ ___/___/___ |
| ທ່ານເຮັດໜ້າວຽກຕໍ່ໄປນີ້ຈັກຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້? |                            |                         |                |
| _____ ການຢູ່/ດຶງ                        | _____ ວຽກທີ່ເຮັດຢູ່ເທິງຫົວ | _____ ການພິມດ້ວຍແປ້ນພິມ |                |
| _____ ການຍົກສິ່ງຂອງ                     | _____ ການຄູ່ເຂົ້າ          | _____ ການຈັບຍືດ         |                |