



Tuyên Bố Sự Kiện

Những câu hỏi bên dưới cần thiết để đánh giá yêu cầu mở lại hồ sơ của quý vị. Xin xem các tờ giấy viết tiếp nếu cần thêm chỗ trống.

Tên Người Lao Động	Số Yêu Cầu Bồi Thường
--------------------	-----------------------

Các Tình Trạng Hiện Nay

Xin liệt kê (các) chỗ bị đau:			
Tình trạng của quý vị đã trở nên tồi tệ hơn như thế nào sau khi yêu cầu bồi thường được đóng hồ sơ?			
Tình trạng này liên quan đến Chấn Thương công nghiệp của quý vị như thế nào?			
Tại sao quý vị muốn yêu cầu bồi thường của quý vị được mở lại hồ sơ?			
Quý vị đã tìm đến dịch vụ điều trị y tế khi nào và với ai sau khi yêu cầu bồi thường của quý vị được đóng hồ sơ?			
Tên Nhà Cung Cấp:		Số điện thoại	
Địa Chỉ Đường Phố	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Vùng
Các ngày điều trị:			
Tên Nhà Cung Cấp:		Số điện thoại	
Địa Chỉ Đường Phố	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Vùng
Các ngày điều trị:			

dùng tờ giấy viết tiếp ở phía sau để điền thông tin về các nhà cung cấp khác

Quá Trình Điều Trị

Nếu trả lời có với bất cứ câu hỏi nào bên dưới, vui lòng để cập thông tin nhà cung cấp trong mục tiếp theo.			
Quý vị có bất kỳ chấn thương mới nào kể từ ngày đóng hồ sơ yêu cầu bồi thường không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Quý vị có tìm đến bất cứ dịch vụ điều trị nào không?: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Mô Tả về Chấn Thương:			
(Các) ngày chấn thương:			
Có chấn thương mới nào do tai nạn xe hơi hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		(Các) ngày	
Quý vị có các yêu cầu bồi thường với các công ty bảo hiểm nào khác hay không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Xin liệt kê các Yêu Cầu Bồi Thường:			
Tên của (các) Công Ty hay Hãng Bảo Hiểm:			

Tên Người Lao Động	Số Yêu Cầu Bồi Thường
--------------------	-----------------------

Thông Tin Nhà Cung Cấp

Tên Nhà Cung Cấp:		Số điện thoại	
Địa Chỉ Đường Phố	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Vùng
Các ngày điều trị:			
Tên Nhà Cung Cấp:		Số điện thoại	
Địa Chỉ Đường Phố	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Vùng
Các ngày điều trị:			
Tên Nhà Cung Cấp:		Số điện thoại	
Địa Chỉ Đường Phố	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Vùng
Các ngày điều trị:			

Quá Trình Làm Việc

Tên Chủ Hãng vào thời điểm bị Chấn Thương	Ngày Bị Chấn Thương
---	---------------------

Xin liệt kê tất cả các Chủ Hãng kể từ lúc quý vị bị chấn thương

Tên Chủ Hãng Hiện Nay:		Số điện thoại	
Địa Chỉ Đường Phố	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Vùng
Chức Danh Công Việc:	Nhiệm Vụ Công Việc:		
Ngày Làm Việc:			
Quý vị đã thực hiện những nhiệm vụ sau đây bao nhiêu giờ mỗi ngày?			
_____ Đẩy/Kéo	_____ Công Việc Phải Thực Hiện Phía Trên Đầu	_____ Gõ Bàn Phím	
_____ Nâng Nhấc	_____ Quỳ Gối	_____ Nắm Chặt	
Chủ Hãng Trước Đây:		Số điện thoại	
Địa Chỉ Đường Phố	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Vùng
Chức Danh Công Việc:	Nhiệm Vụ Công Việc:		
Các Ngày Làm Việc	Từ ____/____/____ đến ____/____/____		
Quý vị đã thực hiện những nhiệm vụ sau đây bao nhiêu giờ mỗi ngày?			
_____ Đẩy/Kéo	_____ Công Việc Phải Thực Hiện Phía Trên Đầu	_____ Gõ Bàn Phím	
_____ Nâng Nhấc	_____ Quỳ Gối	_____ Nắm Chặt	

Tên Người Lao Động	Số Yêu Cầu Bồi Thường
--------------------	-----------------------

Chủ Hãng Trước Đây::		Số điện thoại	
Địa Chỉ Đường Phố	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Vùng
Chức Danh Công Việc:	Nhiệm Vụ Công Việc:		
Các Ngày Làm Việc Từ ___/___/___ đến ___/___/___			
Quý vị đã thực hiện những nhiệm vụ sau đây bao nhiêu giờ mỗi ngày?			
_____ Đẩy/Kéo	_____ Công Việc Phải Thực Hiện Phía Trên Đầu	_____ Gõ Bàn Phím	
_____ Nâng Nhấc	_____ Quỳ Gối	_____ Nắm Chặt	

Chủ Hãng Trước Đây:		Số điện thoại	
Địa Chỉ Đường Phố	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Vùng
Chức Danh Công Việc:	Nhiệm Vụ Công Việc:		
Ngày Làm Việc Từ ___/___/___ đến ___/___/___			
Quý vị đã thực hiện những nhiệm vụ sau đây bao nhiêu giờ mỗi ngày?			
_____ Đẩy/Kéo	_____ Công Việc Phải Thực Hiện Phía Trên Đầu	_____ Gõ Bàn Phím	
_____ Nâng Nhấc	_____ Quỳ Gối	_____ Nắm Chặt	

Quý vị có nghỉ hưu không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, xin đề ngày quý vị đã nghỉ hưu: _____
Vui lòng cho biết lý do nghỉ hưu:	
Quý vị có đang nhận Quyền Lợi An Sinh Xã Hội không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, ngày quyền lợi bắt đầu: _____
Vui lòng cho biết lý do nhận Quyền Lợi An Sinh Xã Hội:	
Nếu hiện không làm việc, vui lòng giải thích:	

Tuyên Bố của Người Lao Động: Bằng việc ký tên bên dưới, tôi xin chứng nhận theo hình phạt khai man theo luật lệ của Tiểu Bang Washington rằng những thông tin ở trên là trung thực và chính xác. Ngoài ra, tôi hiểu rằng việc khai gian có thể dẫn đến những hình phạt dân sự hoặc hình sự.

Chữ Ký:	Ngày
---------	------

Tên Người Lao Động	Số Yêu Cầu Bồi Thường
--------------------	-----------------------

Tờ Giấy Viết Tiếp

Các Nhà Cung Cấp Khác

Tên Nhà Cung Cấp:		Số điện thoại	
Địa Chỉ Đường Phố	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Vùng
Các ngày điều trị:			
Tên Nhà Cung Cấp:		Số điện thoại	
Địa Chỉ Đường Phố	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Vùng
Các ngày điều trị:			
Tên Nhà Cung Cấp:		Số điện thoại	
Địa Chỉ Đường Phố	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Vùng
Các ngày điều trị:			

Các Chủ Hãng Khác

Chủ Hãng Trước Đây:		Số điện thoại	
Địa Chỉ Đường Phố	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Vùng
Chức Danh Công Việc:	Nhiệm Vụ Công Việc:		
Các Ngày Làm Việc Từ ___/___/___ đến ___/___/___			
Quý vị đã thực hiện những nhiệm vụ sau đây bao nhiêu giờ mỗi ngày?			
_____ Đẩy/Kéo	_____ Công Việc Phải Thực Hiện Phía Trên Đầu	_____ Gõ Bàn Phím	
_____ Nâng Nhấc	_____ Quỳ Gối	_____ Nắm Chặt	
Chủ Hãng Trước Đây:		Số điện thoại	
Địa Chỉ Đường Phố	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Vùng
Chức Danh Công Việc:	Nhiệm Vụ Công Việc:		
Các Ngày Làm Việc Từ ___/___/___ đến ___/___/___			
Quý vị đã thực hiện những nhiệm vụ sau đây bao nhiêu giờ mỗi ngày?			
_____ Đẩy/Kéo	_____ Công Việc Phải Thực Hiện Phía Trên Đầu	_____ Gõ Bàn Phím	
_____ Nâng Nhấc	_____ Quỳ Gối	_____ Nắm Chặt	