

A kitöltött nyomtatványt a következő címre postázza:

Department of Labor and Industries

PO Box 44291

Olympia WA 98504-4291

Fax: 360-902-4292



# Munkaképességi állapotbejelentő nyomtatvány

Töltse ki online a jelen nyomtatványt: <https://secure.lni.wa.gov>

- A kézhezvételtől számítva 14 napon belül töltsé ki a jelen nyomtatványt.
- A nyomtatvány kitöltése előtt olvassa el a hátoldalon lévő utasításokat.
- A nyomtatvány visszaküldésének elmulasztása az ellátás kifizetésének késését okozhatja.

Kereset száma

Igénybejelentés időpontja

Sérülés időpontja

## Munkaképességi helyzete:

- Nem hagytam ki** semmilyen munkát a munkával kapcsolatos sérülésem és/vagy betegségem miatt.
- Nem dolgozom**, és a munkával kapcsolatos sérülésem és/vagy betegségem miatt továbbra **sem tudok dolgozni**.

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Ez volt az első teljes nap, amikor nem végeztem **semmilyen** munkát – fizetett vagy fizetetlen – pl. önkéntes tevékenységek, önfoglalkoztatás, ápolási szolgáltatások házi ápolás Közösségi Lehetőségek Program Belépési Rendszer (Community Options Program Entry System, COPES).

## Munkába való

visszatérésem időpontja: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ a  **sérülésem idején foglalkoztató munkáltatóhoz**

**új munkáltatóhoz**  **önfoglalkoztatás keretében.**  
Az önfoglalkoztatás magában foglalja a következőket, de nem korlátozódik kizárólag ezekre: engedélyezett, engedély nélküli és/vagy online vállalkozás.

## Jelenleg a következőképpen dolgozom:

- Normál munkaórában  Csökkentett munkaórában
- Normál munkabérrrel  Csökkentett munkabérrrel

**Mielőtt visszatértem a munkába, nem dolgoztam semmilyen állásban a munkával kapcsolatos sérülésem és/vagy betegségem miatt a következő időszakban:**

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Ez minden típusú munkát magában foglal, legyen az fizetett vagy fizetetlen – pl. önkéntes tevékenységek, önfoglalkoztatás, ápolási szolgáltatások (COPES).

## A következő ellátásokra jelentkeztem, illetve ezeket kaptam meg:

- Igen  Nem Munkanélküli segély
- Igen  Nem Társadalombiztosítás
- Igen  Nem Nyugdíj
- Igen  Nem Pénzügyi jellegű segítség más kormányzati hivataltól

## A megsérülésem napján a munkáltatóm a következőket fizette utánam és/vagy biztosította számomra:

- Igen  Nem Orvosi/Fogászati/Látásvizsgálati kezelések
- Igen  Nem Lakhatás
- Igen  Nem Ellátás
- Igen  Nem Eszközök/Üzemanyag
- Igen  Nem Még most is megkapom ezeket a járadékokat. Ha nem, a  
legutóbbi időpont: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Megváltozott az eltartott családtagja(i) jogi felügyelete?**  Igen  Nem

**Megváltozott a címe vagy telefonszáma?** Ha igen, adja meg új címét vagy telefonszámát.

Név:	
Utcanév és házszám:	
Város, ország, irányítószám:	
Telefonszám:	

## Alá kell írnia a nyomtatványt.

Aláírással tudósítom, hogy az általam megadott információk valóságosak és helyesek. Megértettem, hogy köteles vagyok azonnal értesíteni a kereseteket intéző menedzsert, ha a kezelőorvosom engedélyez számomra bármilyen szintű munkavégzést, ha börtönbe kerülök vagy büntetés alatt állok, vagy ha a gyermekeim felügyeletében változás áll be. Továbbá megértettem, hogy amennyiben a jelen nyomtatványon szándékosan hamis nyilatkozatot teszek, vagy nem adok meg információkat a fizikai állapotomról, munkaképességemről és/vagy az elvégzett munkáról (fizetett vagy fizetetlen), vissza kell fizetnem a kapott járadékokat, amelyeket jogtalanul szereztem, továbbá polgárjogi vagy büntetőjogi eljárás elé nézhetek.

## Munkaképességi állapotbejelentő nyomtatvány - Utasítások a kitöltéshez

Jelen nyomtatvány az idővesztés kompenzációjának kifizetésére vonatkozik abban az esetben, ha nem dolgozott, és nem képes a munkavégzésre a feltüntetett időtartamon belül. Fontos, hogy figyelmesen olvassa végig a nyomtatványt, és töltsse ki az önre vonatkozó részeket.

### Minimális követelmények az idővesztés kompenzációjának kifizetéséhez:

- Orvosi igazolás a vizsgálatban részt vevő kezelőorvostól, objektív orvosi eredményekkel és korlátozásokkal.
- A kitöltendő Work Status Form (Munkaképességi állapotbejelentő nyomtatvány) kitöltésével ön ellátásokat kérelmez. Minden egyes kérelmezés esetén ki kell töltenie a jelen nyomtatványt.

### Munkaképességi helyzete:

- Tudnunk kell, hogy sérülése miatt kihagyott-e időt **bármilyen** munkájából.
- Fontos értesítenie a L&I-t (Munkaügyi és Ipari Minisztérium), amennyiben olyan tevékenységet végez, mely magában foglalja az önkéntes tevékenységet, önfoglalkoztatást, ápolási szolgáltatást, de nem korlátozódik kizárólag azokra.
  - Az önkéntes tevékenység lehet munkavégzés a Vöröskeresztben, ingyenkonyhán, kifőzdei kisegítés, sportedzői munka.
  - Az önfoglalkoztatás lehet online értékesítés, fényképezés, tűzifa árusítás, újságkihordás.
  - Az ápolási szolgáltatás lehet egy fogyatékkal élő családtag ápolása, gyermekfelügyelet, COPES / Washington Állambeli Szociális és Egészségügyi Hivatal (Washington State Department of Social and Health Services, DSHS) (fizetett ápolás).

### Visszatérés a munkába:

- Amennyiben nem tért vissza a munkába, ugorja át ezt a részt.
- Ha visszatért bármilyen jellegű munkához, akkor a teljes részt töltsse ki.
  - Ide értendő a más munkáltatónál végzett munka, az önfoglalkoztatás és az önkéntes tevékenységek is.
- Ha bizonyos ideig **nem dolgozott** egyik típusú munkakörben sem, tüntesse fel azt az időtartamot, amíg nem végzett munkát.
  - A kezdési időpont az első nap, amikor semmilyen munkakörben sem dolgozott.
  - A befejezési időpont a munkában való visszatérést megelőző nap.
- Amennyiben csökkentett óraszámú vagy csökkent fizetéssel dolgozik, igényelheti a Loss of Earning Power (Kompenzáció keresőképesség elvesztése miatt) ellátást. Nyissa meg online a nyomtatványt a [www.Lni.wa.gov/FormPub](http://www.Lni.wa.gov/FormPub) oldalon, majd keresse meg a "LEP" részt.

### Egyéb ellátások:

- Amennyiben nyugdíjellátást, társadalombiztosítási ellátást, stb. kérelmezett vagy abban részesül, az hatással lehet az L&I-től igényelhető ellátásaira.
- A pénzügyi jellegű segítséget nyújtó kormányzati hivatalok közé tartozhat a DSHS Szociális és Egészségügyi Hivatal - Ideiglenes Segítség a Rászoruló Családok Számára (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) is.

### A munkáltató által a sérülés napján nyújtott juttatások:

- Ezek az információk a munkáltató által, a sérülés napján Önnek nyújtott juttatások aktuális állapotának meghatározásához szükségesek. Például ide tartozhat a munkáltató hozzájárulása az egészségügyi ellátásokhoz.
- Amennyiben nem fogja tovább kapni ezeket az ellátásokat, ez hatással lehet az idővesztésére kompenzációs összegére.

### Eltartott családtag jogi felügyelete:

- Az eltartott családtag idővesztés-kompenzációs részesedését a törvényes gyámnak kell kifizetni.
- Ha a jogi felügyelet megváltozik, az L&I-nek szüksége lesz a törvényes gyámra vonatkozó jogi nyilatkozat másolatára és a törvényes gyám aktuális lakcímére.

### Lakcím megváltozása:

- Amennyiben megváltozott lakcíme, kérjük, ebben a részben adja meg új lakcímét.
- Ha nem történt változás, hagyja üresen ezt a részt.

### Aláírás:

- Aláírása szükséges az idővesztés-kompenzációs ellátások megállapításához.
- A jelen nyomtatvány aláírásával tanúsítja, hogy a megadott információk valósak és helyesek.