

Investigations  
PO Box 44277  
Olympia WA 98504-4277

有疑问？  
致电 1-866-324-3310 或 360-902-9155  
电子邮件：[CSIIIDComplaints@Lni.wa.gov](mailto:CSIIIDComplaints@Lni.wa.gov)

Case Number (Dept. Use Only)

任何雇主都不得通过诱使员工不报告工伤来实施索赔压制；包括员工将工作期间受的伤当做工作之外受的伤；或实施其他行为来压制合法的工伤保险索赔。

索赔压制不包括合法的工作场所安全和事故预防计划或 Department of Labor & Industries 界定的在急救现场的雇主规定。

如果部长确认某位雇主实施了索赔压制，并导致员工未依法提出工伤保险福利索赔，则部长可自行决定免除 RCW 51.28.050 中所规定的索赔时间限制，前提是在员工发生事故或伤害后的两年内收到对索赔压制行为的申诉或指控。必须在发布索赔压制决定后的九十天内向该部门提出索赔，部长才能行使自由裁量权。

RCW 51.28.050：除非在受伤之日或产生依亲者或受益人的权利之日后的一年内提交，否则所有申请都是无效的或据此的所有索赔都是没有法律效力的，除了 RCW 51.28.055 和 51.28.025(5)中的规定之外。

### 工人信息（任何人都可以帮助工人填写此表和提起申诉。）

工人的全名		日期
当前地址		电话号码
城市	州	邮政编码
是否说英语？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您与劳工与产业部沟通时的首选语言是什么？	
您是否受伤？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	工伤索赔编号（如适用）	受伤日期（如适用）
您是否丢掉工作？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您是否已返工？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	雇佣是否已终止？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您是否仍在治疗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	医疗服务提供者姓名	发生所声称的索赔压制行为的日期

### 律师信息（如果您有律师或您是填写此申诉表的律师，请填写此部分。）

您是否有律师？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
律师的姓名	律师的电话号码	
律师的地址	城市	州 邮政编码

## 雇主信息

雇主	企业名称（如不同）		
企业类型	企业电话号码		
主管的姓名	受雇日期		
您工作的部门	职位		
企业地址			
企业地址（第 2 行）	城市	州	邮政编码

您的雇主说了什么或做了什么来阻挠您提起劳工补偿索赔？如果您需要更多空间，请添加附页。

如果有任何证人可证实雇主的行为，请列出他们的姓名、地址和电话号码。

您是否曾向任何其他机构提起过申诉？

是  否

如果“是”，那么您联系过哪家/哪几家机构？

我证明，据我所知，我在此提供的信息是真实的，如若作假，甘受伪证罪的处罚。

姓名（正楷）

签名

日期

将填妥的表格寄送至：  
Department of Labor and Industries  
Investigations  
PO Box 44277  
Olympia WA 98504-4277

或发送电子邮件至：[CSIIDComplaints@Lni.wa.gov](mailto:CSIIDComplaints@Lni.wa.gov)