

Investigations  
PO Box 44277  
Olympia WA 98504-4277

질문이 있으십니까?  
전화: 1-866-324-3310 또는 360-902-9155  
이메일: [CSIIDComplaints@Lni.wa.gov](mailto:CSIIDComplaints@Lni.wa.gov)

Case Number (Dept. Use Only)

고용주는 직원이 업무 중에 입은 부상을 비업무시간 부상으로 처리하거나 또는 합법적인 산업 보험 클레임을 통제하기 위한 그 밖의 행동을 포함하여 종업원들이 부상을 신고하지 않도록 유도함으로써 클레임 통제에 관여하지 않아야 합니다.

클레임 통제에는 선의의 작업장 안전 및 사고 예방 프로그램이나 Department of Labor & Industries 에서 정의한 응급 처치 현장의 고용주 조항이 포함되지 않습니다.

감독관이 고용주가 클레임 통제에 관여한 것으로 판단하고 근로자가 법률에 명시된대로 산업 보험 혜택에 대한 클레임을 제출하지 않은 경우, 근로자의 사고나 노출로부터 2년 이내에 클레임 통제에 대한 불만이나 주장이 접수되면 감독관은 단독 재량에 따라 RCW 51.28.050 에 명시된 클레임 제기 시한을 보류할 수 있습니다. 감독관이 이러한 재량권을 행사하기 위해서는 클레임 통제의 결정이 내려진 날짜로부터 90일 이내에 부서에 클레임을 제기해야 합니다.

**RCW 51.28.050:** RCW 51.28.055 및 51.28.025(5)에 명시된 경우를 제외하고 부상이 발생한 날 또는 부양 가족이나 수혜자의 권리가 발생한 날로부터 1년 이내에 클레임을 제기하지 않는 한 어떠한 클레임도 유효하지 않으며 강제 시행될 수 없습니다.

**근로자 정보** (누구든지 근로자가 이 양식을 작성하고 불만을 제기하는 것을 도울 수 있습니다.)

근로자의 성명		날짜	
현재 주소		전화번호	
시	주	우편번호	
영어로 의사소통할 수 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	Labor & Industries 와의 모든 의사소통에서 귀하가 선호하는 언어는 무엇입니까?		
부상을 당했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	부상 클레임 번호(해당되는 경우)	부상 날짜(해당되는 경우)	
직장에서 해고되었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	직장에 복귀했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	고용이 종료되었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
아직 치료 중입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	의료 제공자 이름	클레임 통제 행위가 발생했다고 주장하는 날짜	

**변호사 정보** (변호사가 있거나 본인이 이 불만을 제기한 변호사인 경우 이 섹션을 작성하십시오.)

변호사가 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
변호사의 이름		변호사의 전화번호	
변호사의 주소	시	주	우편번호

**고용주 정보**

고용주	비즈니스 이름(다른 경우)		
비즈니스 유형	비즈니스 전화번호		
상사의 이름	고용된 날짜		
근무했던 부서	직책		
비즈니스 주소			
비즈니스 주소 입력란 2	시	주	우편번호

귀하가 근로자 보상 클레임을 제기하지 못하도록 고용주가 무슨 말을 했거나 어떤 행동을 했습니까? 추가 공간이 필요하면 추가 페이지를 첨부하십시오.

고용주의 행동에 대한 증인이 있다면 그들의 이름, 주소 및 전화번호를 기재하십시오.

다른 기관에 불만을 제기했습니까?

예  아니요

'예'인 경우 어떤 기관에 연락했습니까?

본인은 위증죄 처벌을 감수하고 본인이 제공한 정보가 본인이 아는 한 진실임을 증명합니다.

정자체 이름

서명

날짜

작성한 양식 우편 발송:

Department of Labor and Industries  
Investigations  
PO Box 44277  
Olympia WA 98504-4277

또는 이메일 발송: [CSIIDComplaints@Lni.wa.gov](mailto:CSIIDComplaints@Lni.wa.gov)