



Investigations  
PO Box 44277  
Olympia WA 98504-4277

Вопросы?  
Телефон: 1-866-324-3310 или 360-902-9155  
Эл. почта: [CSIIDComplaints@Lni.wa.gov](mailto:CSIIDComplaints@Lni.wa.gov)

Case Number (Dept. Use Only)

Работодатель не должен участвовать в подавлении иска, побуждая работников не сообщать о полученных травмах; включая, побуждение работников лечить травмы в процессе трудоустройства в качестве непроизводственных травм; или производя какие-либо иные действия в целях подавления законных исков промышленного страхования.

Подавление исков не включает добросовестные программы безопасности на рабочем месте и предупреждения несчастных случаев или предоставление работодателем первой помощи на рабочем месте, как это определено Department of Labor & Industries.

Если директор определяет, что работодатель был замешан в подавлении иска, и в результате этого работник не подал иск на выплату пособия по промышленному страхованию в соответствии с законом, тогда директор по своему усмотрению может изменить сроки подачи иска, указанные в RCW 51.28.050, если жалоба или утверждение о подавлении иска получены в течение двух лет после несчастного случая или негативного воздействия на работника. Чтобы директор мог использовать это усмотрение, иск должен быть подан в Департамент в течение девяноста дней с даты выдачи решения о подавлении иска.

RCW 51.28.050: Никакая заявка не может быть действительной и иск не может вступить в силу, если они не были поданы в течение одного года со дня получения травмы, или когда иждивенцы или бенефициары вступили в права, за исключением случаев, предусмотренных в RCW 51.28.055 и 51.28.025(5).

**Информация работника** (Любой человек может помочь работнику в заполнении данного бланка и в подаче жалобы.)

Фамилия, имя, отчество работника		Дата
Текущий адрес		Номер телефона
Город	Штат	Индекс
Вы говорите по-английски? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Какой язык Вы предпочитаете использовать для всех коммуникаций с Labor & Industries?	
Вы получили травму? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Номер иска (если применимо)	Дата получения травмы (если применимо)
Вы пропустили рабочие дни? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Вы вернулись на работу? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Вы были уволены? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Вы все еще получаете медицинские услуги? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Имя/название поставщика мед. услуг	Дата, когда произошло предполагаемое подавление иска

**Информация адвоката** (Заполните этот раздел, если у Вас есть адвокат, или если Вы являетесь адвокатом, подавшим эту жалобу.)

Вас представляет адвокат? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Фамилия, имя адвоката		Номер телефона адвоката	
Адрес адвоката	Город	Штат	Индекс

**Информация работодателя**

Работодатель	Название бизнеса (если отличается)		
Тип бизнеса	Номер телефона бизнеса		
Фамилия, имя начальника	Дата принятия на работу		
Отдел, в котором Вы работали	Занимаемая Вами должность		
Адрес бизнеса			
Адрес бизнеса, строка 2	Город	Штат	Индекс

Что Ваш работодатель сказал или сделал, чтобы Вы не подавали иск о компенсации работникам? Если Вам необходимо больше места, Вы можете приложить дополнительные страницы.

Если действия работодателя были засвидетельствованы кем-то, укажите их имена, адреса и номера телефонов.

Был ли Ваш иск подан в какое-либо другое агентство?

Да  Нет

Если «Да», в какое агенство/агенства Вы обращались?

Я удостоверяю под страхом наказания за лжесвидетельство, что, по имеющимся у меня сведениям, предоставленная здесь информация является правдивой.

Имя печатными буквами

Подпись

Дата

**Отправьте  
заполненные бланки по  
адресу:**

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

**Или по электронной почте:** [CSIIDComplaints@Lni.wa.gov](mailto:CSIIDComplaints@Lni.wa.gov)