

# Mẫu Đơn Khiếu Nại Việc Ngăn Chặn Yêu Thường Bồi Thường Của Người Lao Động

Investigations  
PO Box 44277  
Olympia WA 98504-4277

Thắc mắc?  
Gọi 1-866-324-3310 hoặc 360-902-9155  
Email: [CSIIDComplaints@Lni.wa.gov](mailto:CSIIDComplaints@Lni.wa.gov)

Case Number (Dept. Use Only)

Không một người sử dụng lao động nào được tham gia vào việc ngăn chặn yêu cầu bồi thường bằng cách thuyết phục người lao động không thực hiện báo cáo chấn thương; bao gồm người lao động điều trị chấn thương trong khi làm việc như là chấn thương ngoài việc làm; hoặc mặt khác thực hiện để ngăn chặn các yêu cầu bồi thường hợp lý theo bảo hiểm công nghiệp.

Việc ngăn chặn yêu cầu bồi thường không bao gồm các chương trình phòng ngừa tai nạn và an toàn nơi làm việc được công nhận chính thức hoặc điều khoản của người sử dụng lao động tại nơi làm việc của trường hợp cấp cứu theo quy định của Department of Labor & Industries.

Nếu giám đốc xác định rằng một người sử dụng lao động đã tham gia vào việc ngăn chặn yêu cầu bồi thường và, do đó, người lao động đã không nộp đơn yêu cầu bồi thường về các phúc lợi bảo hiểm công nghiệp được quy định theo luật pháp, khi đó giám đốc toàn quyền quyết định có thể bãi miễn các thời hạn nộp đơn yêu cầu bồi thường được quy định trong RCW 51.28.050, nếu đơn khiếu nại hoặc cáo buộc việc ngăn chặn yêu cầu bồi thường được nhận trong vòng hai năm của trường hợp tai nạn hoặc phơi nhiễm của người lao động. Đối với giám đốc sử dụng toàn quyền quyết định này, yêu cầu bồi thường phải được nộp cho bộ trong vòng chín mươi ngày kể từ ngày ban hành quyết định ngăn chặn yêu cầu bồi thường.

RCW 51.28.050: Không một đơn xin nào hợp lệ hoặc yêu cầu bồi thường dưới đây có thể thi hành trừ khi đã nộp trong vòng một năm sau ngày mà chấn thương đã xảy ra hoặc các quyền của người phụ thuộc hoặc người thụ hưởng có hiệu lực thi hành, ngoại trừ được quy định trong RCW 51.28.055 và 51.28.025(5).

## Thông Tin Của Người Lao Động (Bất kỳ người nào có thể trợ giúp người lao động trong việc hoàn tất mẫu đơn này và nộp đơn khiếu nại.)

Họ Tên Người Lao Động		Ngày	
Địa Chỉ Hiện Tại		Số Điện Thoại	
Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Vùng	
Quý Vị Có Nói Tiếng Anh Không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Ngôn ngữ thường dùng nào của quý vị đối với tất cả cuộc trao đổi thông tin với Bộ Lao Động & Công Nghiệp?		
Quý vị đã có bị chấn thương không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Số Yêu Cầu Bồi Thường Chấn Thương (nếu áp dụng)	Ngày Chấn Thương (nếu áp dụng)	
Quý vị đã có bỏ lỡ công việc không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Quý vị đã có trở lại làm việc không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Việc làm đã có bị chấm dứt không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Quý vị vẫn còn đang được chăm sóc y tế không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Tên Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế	Ngày cáo buộc hành động ngăn chặn yêu cầu bồi thường đã xảy ra	

## Thông Tin Của Luật Sư (Hoàn tất mục này nếu quý vị có một luật sư hoặc nếu quý vị là một luật sư nộp đơn khiếu nại này.)

Quý vị có một luật sư không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Tên Luật Sư		Số Điện Thoại Của Luật Sư	
Địa Chỉ Của Luật Sư	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Vùng

**Thông Tin Của Sở Làm**

Sở Làm	Tên Doanh Nghiệp (nếu khác)		
Loại Hình Doanh Nghiệp	Số Điện Thoại Doanh Nghiệp		
Tên Giám Sát Viên	Ngày Thuê		
Bộ Phận Mà Quý Vị Đã Làm Việc	Chức Vụ		
Địa Chỉ Doanh Nghiệp			
Địa Chỉ Doanh Nghiệp Dòng 2	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Vùng

Sở làm của quý vị đã nói gì hoặc làm gì để ngăn quý vị không nộp đơn yêu cầu bồi thường cho người lao động không? Nếu quý vị cần chỗ, hãy đính kèm thêm trang.

Nếu đã có bất kỳ nhân chứng nào về các hành động của người sử dụng lao động, hãy liệt kê tên, địa chỉ, và số điện thoại của họ.

Quý vị đã có nộp đơn khiếu nại của quý vị với bất kỳ cơ quan nào khác không?

Có  Không

Nếu "Có", cơ quan/các cơ quan nào quý vị đã liên hệ?

Tôi cam kết theo hình phạt khai man trước tòa rằng thông tin đã cung cấp trong mẫu đơn này là đúng sự thật với sự hiểu biết nhất của tôi.

Viết In Tên

Chữ Ký

Ngày

**Gửi các mẫu đơn đã hoàn tất đến:**

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

**Hoặc email đến:** [CSIIDComplaints@Lni.wa.gov](mailto:CSIIDComplaints@Lni.wa.gov)