



- हरेकपल्ट यो फाराम प्राप्त गरेको 14 दिनहरूभित्र यसलाई पूरा गर्नुहोस्।
- फाराम पूरा गर्नअघि पछिपट्टि दिइएका निर्देशहरू पढ्नुहोस्।
- यो फाराम भरेर नपठाइएकोमा सुविधासम्बन्धी भुक्तानीमा अबेर हुनसक्छ।

दाबी संख्या
अनुरोध गरिएको तारिख
चोटपटक लागेको तारिख

तपाईंको कार्य स्थिति:

- मैले मेरो कार्यसित सम्बद्ध चोटपटक अनि/अथवा रोगको कारणले गर्दा कुनैपनि काम गुमाइन।
- मैले निम्न तारिखदेखि कुनै काम गरेको छुइन तथा आफ्नो कार्यसित सम्बद्ध चोटपटक अनि/अथवा रोगको कारणले गर्दा म कुनैपनि रोजगार निम्ति काम गर्न असमर्थ छु।
- यो पहिला पूरा दिन थियो जब मैले कुनैपनि प्रकारको काम गरिन - भुक्तानी गरिने वा नगरिने - जस्तै स्वयम्सेवक गतिविधिहरू - स्व:-रोजगार वा स्याहार-सुसार सेवा (COPES):

म काममा फर्किएको तारिख हो _____ अनि म चोटपटक जहाँ लागेको थियो त्यही नियोक्ता समक्ष नयाँ नियोक्ता समक्ष स्व:-रोजगार निम्ति फर्किएको छु।

स्व:-रोजगारमा लाइसेन्स चाहिने, लाइसेन्स नचाहिने, अनि/अथवा अनलाइन व्यापार सामेल छ तर यो यतिसम्म मात्रै सीमित छैन।

वर्तमानमा म काम गरिरहेछु:

- नियमित घण्टाहरू घटाइएका घण्टाहरू
- नियमित मजदूरी घटाइएको मजदूरी

काममा फिर्ता हुनभन्दा पहिले, मैले आफ्नो कार्यसित सम्बद्ध चोटपटक अनि/अथवा रोगले गर्दा कुनैपनि प्रकारको काम गरिने। मैले _____ -देखि _____ -सम्म कुनै काम गरिने।

यसमा कुनैपनि प्रकारको कार्य सामेल छ - भुक्तानीसहितको वा भुक्तानी विनाको - जस्तै स्वयम्सेवक गतिविधिहरू, स्व:-रोजगार वा स्याहार-सुसार सेवा (COPES)।

मैले निम्न सुविधाहरू निम्ति आवेदन गरेको छु अनि/अथवा यी सुविधाहरू पाएको छु:

- हो होइन बेरोजगारी
- हो होइन सामाजिक सुरक्षा
- हो होइन अवकाश प्राप्ति
- हो होइन अन्य सरकारी एजेन्सीबाट आर्थिक सहायता

मलाई चोटपटक लागेको दिनसम्म मेरो नियोक्ताले निम्न सुविधाहरू निम्ति भुक्तानी गरिरहेको थियो अनि/अथवा उपलब्ध गराइरहेको थियो:

- हो होइन मेडिकल/दौत/आँखा
- हो होइन घर
- हो होइन बोर्ड
- हो होइन सुविधाहरू/ईंधन
- हो होइन मैले अहिले पनि यी सुविधाहरू प्राप्त गरिरहेको छु। यदि होइन भने अन्तिमपल्ट प्राप्त गरेको तारिख: _____

के तपाईंमाथि आश्रित(हरू)-को कानूनी अभिभावकको परिवर्तन भएको छ? हो होइन

के तपाईंको ठेगाना वा फोन नम्बर परिवर्तित भएको छ? यदि भएको छ भने, तल तपाईंको नयाँ ठेगाना वा फोन नम्बर लेख्नुहोस्।

नाउँ:	
स्ट्रीटको ठेगाना:	
शहर, राज्य, जिप कोड:	
फोन नम्बर:	

तल तपाईंको हस्ताक्षर आवश्यक छ।

तल हस्ताक्षर गरेर म यो प्रमाणित गर्दछु कि मैले दिएको जानकारी सत्य अनि सही हो। म यो राम्ररी बुझ्छु कि मेरो डक्टरले मलाई काम गर्नको लागि छुट्टी दिएको, मलाई थुनामा राखिएको र सजाय दिइएको, वा मेरा शिशुहरूको कानूनी अभिभावकको परिवर्तन भएको खण्डमा मैले तुरन्तै आफ्नो कलेम म्यानेजर अर्थात् दाबी प्रबन्धकलाई यसबारे सूचित गर्नु अनिवार्य छ। म यो पनि राम्ररी बुझ्छु कि मैले यो फाराममा जानीबुझी गलत बयान दिएको अथवा मेरो शारीरिक अवस्था, काम गर्ने क्षमता, अनि/अथवा गरेको काम (भुक्तानीसहित वा भुक्तानी विना)-को बारेमा जानकारीको खुलासा नगरेको खण्डमा, मैले गलत तरिकाले प्राप्त गरेका सुविधाहरूलाई फर्काउनुपर्नेछ अनि ममाथि गैर-आपराधिक अनि/अथवा आपराधिक दण्ड पनि थोप्न सकिन्छ।

कामदारको नाउँ (कृपया स्पष्ट बुझ्ने अक्षरमा लेख्नुहोस्) _____ कामदारको हस्ताक्षर _____ सम्पर्क निम्ति सर्वाधिक असल फोन नम्बर _____ तारिख _____

वर्क स्टेटस अर्थात् कार्य स्थिति फारामसम्बन्धी निर्देशहरू

यो फाराम तपाईंले बताउनुभएका तारिखहरूमा तपाईंले काम नगरेको अनि काम गर्न असमर्थ रहेको कारणले गर्दा गुमाइएको समयको क्षतिपूर्तिको भुक्तानी निम्ति हो। तपाईंको लागि यो फारामलाई ध्यानपूर्वक पढ्नु अनि तपाईंमाथि लागू हुने सबै खण्डहरूलाई भर्नु महत्त्वपूर्ण छ।

गुमाइएको समयको क्षतिपूर्तिको भुक्तानी निम्ति निम्नतम आवश्यकताहरू:

- तपाईंको स्याहार गरिरहेको सेवा प्रदायकबाट मेडिकल सर्टिफिकेट जसमा चिकित्सकीय जाँचका परिणामहरू अनि प्रतिबन्धहरूबारे बताइएको हुन्छ।
- सुविधाहरूको अनुरोध गर्नको लागि एक वर्क स्टेटस अर्थात् कार्य स्थिति फाराम जो तपाईंले पूरा गर्नुपर्नेछ। हरेकपल्ट यो फाराम प्राप्त गर्दा तपाईंले यसलाई पूरा गर्नु अनिवार्य छ।

तपाईंको वर्क स्टेटस अर्थात् कार्य स्थिति:

- तपाईंले आफ्नो चोटपटकको कारणले कुनैपनि कामको समय गुमाउनुभएको छ भने, त्यसबारे हामीले जान्नु जरूरी छ।
- यदि तपाईं यस्तो गतिविधि जसमा स्वयम्सेवक कार्य, स्वः-रोजगार वा स्याहार-सुसार जस्ता कार्यहरू सामेल छन् तर यो यतिसम्म मात्रै सीमित छैन आदिमा संलग्न हुनुहुन्छ भने, यसबारे L&I-लाई सूचित गर्नु महत्त्वपूर्ण छ।
 - स्वयम्सेवक कार्यमा रेड क्रस (Red Cross), फुड ब्याङ्क, सूप किचन सहायक, खेलको कोच सामेल हुन सक्छन्।
 - स्वः-रोजगारमा अनलाइन बिक्री, फोटोग्राफी, दाउरा बेच्नु, समाचार पत्र पुर्याउनु सामेल हुन सक्छन्।
 - स्याहार-सुसार सेवामा अपाङ्ग परिवारको सेवा, शिशुको हेरचाह, COPES/DSHS (भुक्तानी गरिने सेवा) सामेल हुन सक्छन्।

काममा फिर्ता:

- यदि तपाईं काममा फिर्ता हुनुभएको छैन भने, यो खण्ड त्यसै छोडि दिनुहोस्।
- यदि तपाईं कुनैपनि प्रकारको काममा फिर्ता हुनुभएको छ भने, यो खण्डलाई पूरा गर्नुहोस्।
 - यसमा भिन्नै नियोक्ताको लागि काम गर्नु, स्वः-रोजगार वा स्वयम्सेवी गतिविधिहरू सामेल हुन सक्छन्।
- तपाईंले कुनैपनि कामको लागि समय गुमाउनुभएको छ भने, ती तारिखहरू बताउनु होस् जब तपाईंले काम गर्नुभएन।
 - प्रारम्भिक तारिख त्यो प्रथम दिन हो जब तपाईंले कुनैपनि क्षमतामा काम गर्नुभएन।
 - समाप्ति तारिख तपाईं काममा फिर्ता हुनुभएको एक दिनअधिको तारिख हो।
- यदि तपाईं घटाइएको समय वा मजदूरीमा काम गरिरहनुभएको छ भने, तपाईं कमाउने क्षमता गुमाएकोमा सुविधाहरू (Loss of Earning Power benefits) प्राप्त गर्नको लागि योग्य ठहरिन सक्नुहुन्छ। www.Lni.wa.gov/FormPub -मा गएर फाराम अनलाइन प्राप्त गर्नुहोस्, त्यसपछि "LEP" खोज्नुहोस्।

अन्य सुविधाहरू:

- यदि तपाईंले अवकाश प्राप्ति, सामाजिक सुरक्षा आदिको लागि आवेदन गर्नुभएको छ, वा प्राप्त गरिरहनुभएको छ भने, यसले तपाईंका L&I सुविधाहरूलाई प्रभावित पार्न सक्छ।
- अन्य सरकारी एजेन्सीबाट आर्थिक सहायतामा DSHS TANF सामेल हुन सक्छ।

चोटपटक लागेको दिनसम्म नियोक्ताद्वारा प्रदान गरिएका सुविधाहरू:

- तपाईंलाई चोटपटक लागेको दिनसम्म नियोक्ताले तपाईंलाई कुन सुविधाहरू उपलब्ध गराइरहेको थियो, त्यसको वर्तमान स्थिति निर्धारित गर्न यो जानकारी आवश्यक छ। उदाहरणको लागि, यसमा स्वास्थ्य सेवामा तपाईंको नियोक्ताको योगदान सामेल हुन सक्छ।
- तपाईंले सुविधा(हरू) प्राप्त गर्नु जारी राख्नुभएको छैन भने, तपाईंको गुमाइएको समयको क्षतिपूर्ति रकम प्रभावित हुन सक्छ।

आश्रितहरूको जिम्मेवारी:

- गुमाइएको समयको क्षतिपूर्तिको तपाईंमाथि आश्रितको हिस्साको भुक्तानी उसको कानूनी अभिभावकलाई गरिनुपर्छ।
- कानूनी अभिभावक बढ्लिएको खण्डमा, L&I -लाई कानूनी कागजात र कानूनी अभिभावकको वर्तमान ठेगानाको खाँचो पर्नेछ।

ठेगानामा परिवर्तन:

- यदि तपाईंको ठेगानामा परिवर्तन भएको छ भने, कृपया यहाँ तपाईंको नयाँ ठेगाना लेख्नुहोस्।
- यदि भएको छैन भने, यो खण्डलाई रिक्त नै छोडि दिनुहोस्।

हस्ताक्षर:

- गुमाइएको समयसम्बन्धी सुविधाहरूबारे विचार गर्नको लागि तपाईंको हस्ताक्षर आवश्यक छ।
- यो फाराममा हस्ताक्षर गरेर तपाईंले यो पुष्टि गरिरहनुभएको छ कि तपाईंले दिनुभएको जानकारी सही हो।