



# แบบฟอร์ม สถานะการจ้างงาน

ท่านสามารถกรอกแบบฟอร์มนี้ทางออนไลน์ได้ที่เว็บไซต์  
[www.Secure.Lni.wa.gov](http://www.Secure.Lni.wa.gov)

- กรุณากรอกแบบฟอร์มนี้และส่งคืนภายใน 14 วันนับตั้งแต่ได้รับแบบฟอร์ม ในแต่ละครั้ง
- กรุณาศึกษาวิธีการกรอกแบบฟอร์มให้เข้าใจก่อนกรอก
- การไม่ส่งแบบฟอร์มนี้กลับอาจมีผลให้ได้รับเงินสวัสดิการล่าช้า

หมายเลขการเรียกร้องสินไหมทดแทน
วันที่ยื่นคำร้อง
วันที่ได้รับบาดเจ็บ

## สถานะการจ้างของท่าน:

- ผม/ดิฉันไม่ได้ทำงาน/ใดๆ เนื่องจากการได้รับบาดเจ็บ และ/หรือการเจ็บป่วยที่มีเหตุมาจากการทำงาน
- ผม/ดิฉันไม่ได้ทำงานและยังไม่สามารถทำงานในสถานที่ใดๆ ได้เนื่องจากการได้รับบาดเจ็บ

และ/หรือการเจ็บป่วยที่มีเหตุมาจากการทำงาน นับตั้งแต่ \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

นี่เป็นวันแรกที่ผม/ดิฉันไม่สามารถทำงาน/ใดๆ ได้ ไม่ว่าจะได้รับค่าจ้างหรือไม่ก็ตาม เช่น งานอาสาสมัคร ประกอบกิจการส่วนตัว หรืองานดูแลผู้อื่น (COPES)

ผม/ดิฉันกลับมาทำงานตั้งแต่วันที่/ \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

กับ  นายจ้างเดิมที่เคยเกิดการเจ็บป่วย  นายจ้างใหม่  ประกอบกิจการส่วนตัว

ประกอบกิจการส่วนตัวหมายถึงแต่ไม่จำกัดเพียงการทำธุรกิจที่ได้รับใบอนุญาต ไม่ได้รับใบอนุญาต และ/หรือการทำธุรกิจออนไลน์)

## ปัจจุบันผม/ดิฉัน/:

- ทำงานตามเวลาปกติ  ลดชั่วโมงทำงาน
- ได้ค่าจ้างตามปกติ  ได้ค่าจ้างลดลง

ก่อนกลับมาทำงาน ผม/ดิฉันไม่ได้ทำงาน/ใดๆ เนื่องจากการบาดเจ็บ และ/หรือการเจ็บป่วยจากการทำงาน นับตั้งแต่ \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ จนถึงวันที่ \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

การทำงานดังกล่าวนี้ รวมถึงงานใดๆ ทั้งที่ได้ค่าจ้างหรือไม่ได้ค่าจ้าง เช่น งานอาสาสมัคร ประกอบกิจการส่วนตัว หรืองานดูแลผู้อื่น (COPES)

## ผม/ดิฉันได้สมัคร และ/หรือได้รับสวัสดิการดังต่อไปนี้

- ใช่  ไม่ใช่ การว่างงาน
- ใช่  ไม่ใช่ ประกันสังคม
- ใช่  ไม่ใช่ เกษียณอายุ
- ใช่  ไม่ใช่ การขอรับความช่วยเหลือทางการเงินจากหน่วยงานของรัฐอื่นๆ

## ในวันที่ผม/ดิฉันได้รับบาดเจ็บ นายจ้างได้จ่าย และ/หรือให้ความช่วยเหลือดังต่อไปนี้

- ใช่  ไม่ใช่ การรักษาพยาบาล/ทันตกรรม/สายตา
- ใช่  ไม่ใช่ ที่พัก
- ใช่  ไม่ใช่ อาหาร
- ใช่  ไม่ใช่ สาธารณูปโภค/เชื้อเพลิง
- ใช่  ไม่ใช่ ผม/ดิฉันยังได้รับสวัสดิการเหล่านี้อยู่ ในกรณีที่ "ไม่ได้รับ" วันสุดท้ายที่ได้รับสวัสดิการเหล่านี้คือวันที่ \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

อำนาจในการดูแลบุตรหลานของท่านตามกฎหมายได้มีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่

ท่านได้เปลี่ยนแปลงที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์หรือไม่ หากใช่ กรุณากรอกที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ใหม่ของท่านในช่องต่อไปนี้

ชื่อ:	
ที่อยู่:	
เมือง รัฐ รหัสไปรษณีย์:	
หมายเลขโทรศัพท์:	

## กรุณาเซ็นชื่อของท่านในช่องต่อไปนี้

การเซ็นชื่อนี้เพื่อรับรองว่า ข้าพเจ้าได้ให้ข้อมูลที่ถูกต้องตามความเป็นจริง ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า ข้าพเจ้าจะต้องแจ้งให้ผู้จัดการฝ่ายงานสินไหมทดแทนทราบทันทีเมื่อแพทย์อนุญาตให้ทำงานได้ หรือเมื่อข้าพเจ้าต้องโทษจำคุกหรือต้องคำพิพากษา หรือหากอำนาจการดูแลบุตรหลานของข้าพเจ้ามีการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ข้าพเจ้ายังเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าให้ข้อมูลที่ "ไม่ถูกต้องหรือเป็นเท็จ" ในแบบฟอร์มนี้หรือไม่ได้แจ้งข้อมูลว่าด้วยสภาพร่างกาย ความสามารถในการทำงาน และ/หรืองานที่ได้กระทำ ("ไม่ว่าจะได้รับค่าจ้างหรือไม่ก็ตาม") ข้าพเจ้าจะต้องจ่ายเงิน

สวัสดิการที่ได้รับโดยมิชอบคืนแก่สำนักงาน และอาจต้องได้รับโทษทางแพ่ง และ/หรือทางอาญา

ชื่อพนักงาน (ตัวจริง)

ลายเซ็นพนักงาน

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

วันที่

## คำแนะนำในการกรอกข้อมูลสถานะการจ้าง

แบบฟอร์มนี้มีเพื่อนำไปใช้ประกอบการจ่ายเงินชดเชยกรณีที่ท่านไม่สามารถทำงานได้ตามวันที่ท่านได้ระบุไว้ ท่านควรอ่านแบบฟอร์มนี้โดยละเอียดและกรอกข้อมูลทุกส่วนที่เกี่ยวข้องกับท่านให้ครบถ้วน

### ข้อกำหนดขั้นต่ำในการรับเงินชดเชย กรณีสูญเสียวันทำงาน:

- แนบใบรับรองแพทย์จากแพทย์ประจำตัวโดยระบุผลการวินิจฉัยและข้อจำกัดต่างๆ
- แนบบันทึกประวัติการจ้างงานซึ่งท่านได้กรอกอย่างครบถ้วนเพื่อขอรับเงินชดเชย ท่านต้องกรอกแบบฟอร์มนี้ทุกครั้งที่ยอมรับสวัสดิการนี้

### สถานะการจ้างของท่าน:

- เราจำเป็นต้องทราบว่า ท่านได้ขาดงานใดๆ เนื่องจากการได้รับบาดเจ็บหรือไม่
- ท่านจะต้องแจ้งให้สำนักงาน L&I ทราบหากท่านได้ทำกิจกรรมต่างๆ ต่อไปนี้ ซึ่งรวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียงกิจกรรมอาสาสมัคร ประกอบธุรกิจส่วนตัวหรืองานดูแลผู้อื่น
  - งานอาสาสมัคร ได้แก่ งานที่ทำให้แก่กาชาด (Red Cross) , ธนาคารอาหาร, ผู้ช่วยทำครัว (soup kitchen helper), ครูสอนกีฬา
  - การประกอบธุรกิจส่วนตัว เช่น การขายสินค้าออนไลน์ การถ่ายภาพ การขายพิน การส่งหนังสือพิมพ์
  - การดูแลผู้อื่น ได้แก่ การดูแลครอบครัวผู้พิการ การดูแลเลี้ยงเด็ก COPES/DSHS (การดูแลที่ได้รับค่าจ้าง)

### การกลับเข้าทำงาน:

- หากท่านยังไม่ได้กลับไปทำงาน สามารถขำส่วนนี้ไปได้
- หากท่านสามารถกลับไปทำงานใดๆ ได้ ให้กรอกข้อมูลในส่วนนี้
  - การทำงานนี้รวมถึงการทำงานกับนายจ้างรายอื่น การประกอบธุรกิจส่วนตัวและกิจการอาสาสมัคร
- หากท่านได้ขาดงานใดๆ ให้ระบุวันที่ที่ท่านไม่ได้ทำงาน โดยระบุ
  - วันเริ่มต้นคือ วันแรกของการขาดงานซึ่งท่านไม่สามารถทำงานใดๆ ได้
  - วันสิ้นสุดคือ วันสุดท้ายก่อนที่ท่านกลับเข้าทำงาน
- หากชั่วโมงทำงานหรือค่าแรงของท่านลดลง ท่านอาจมีสิทธิได้รับสวัสดิการเนื่องจากการสูญเสียรายได้ (Loss of Earning Power) ท่านสามารถเข้าถึงแบบฟอร์มทางออนไลน์ได้ที่เว็บไซต์ [www.Lni.wa.gov/FormPub](http://www.Lni.wa.gov/FormPub) แล้วค้นหาค่าว่า "LEP"

### สวัสดิการอื่นๆ:

- หากท่านได้สมัครขอรับหรือกำลังได้รับเงินบำนาญบำนาญ เงินประกันสังคม หรือเงินช่วยเหลืออื่นๆ การได้รับเงินสวัสดิการเหล่านี้อาจมีผลต่อสวัสดิการจาก L&I
- การช่วยเหลือทางการเงินจากหน่วยงานของรัฐอื่นๆ ได้แก่ เงินจาก DSHS TANF

### กรณีที่นายจ้างให้สวัสดิการในวันที่ได้รับบาดเจ็บ:

- ข้อมูลดังกล่าวนี้มีความสำคัญในการพิจารณาถึงสถานะการจ่ายสวัสดิการปัจจุบันของนายจ้างที่ได้ให้กับท่านในวันที่ได้รับบาดเจ็บ ตัวอย่างเช่น สถานะการสมทบกองทุนสวัสดิการเพื่อการดูแลสุขภาพ เป็นต้น
- กรณีที่ท่านไม่ได้รับสวัสดิการดังกล่าวต่อเนื่อง ข้อมูลนี้จะมีผลต่อจำนวนเงินชดเชยการขาดงานของท่าน

### อำนาจในการดูแลบุตรหลาน:

- เงินชดเชยกรณีการขาดงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับบุตรหลานจะจ่ายให้เมื่อเป็นการดูแลบุตรหลานที่ถูกต้องตามกฎหมายเท่านั้น
- หากมีการเปลี่ยนแปลงอำนาจในการดูแลบุตรหลาน ให้ส่งสำเนาเอกสารทางกฎหมายและที่อยู่ใหม่ของผู้มีอำนาจในการดูแลตามกฎหมายไปให้สำนักงาน L&I

### การเปลี่ยนแปลงที่อยู่:

- หากท่านได้เปลี่ยนแปลงที่อยู่ กรุณากรอกข้อมูลที่อยู่ใหม่
- หากท่านไม่ได้ย้ายที่อยู่ ไม่ต้องกรอกข้อมูลในส่วนนี้

### ลายเซ็น:

- ท่านต้องลงนามเพื่อขอรับสวัสดิการการสูญเสียเวลาทำงาน
- การเซ็นชื่อในแบบฟอร์มนี้เป็นการยืนยันว่า ท่านได้ให้ข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์