

Doldurulan formların gönderileceği adres:

Department of Labor and Industries
PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291
Fax: 360-902-4292



Çalışma Durumu Formu

Bu formu, www.Secure.Lni.wa.gov adresinden çevrimiçi olarak doldurun

- **Bu formu, her elinize ulaştığında 14 gün içerisinde doldurun.**
- **Formu doldurmaya başlamadan önce arka tarafta bulunan talimatları okuyun.**
- **Bu formun geri gönderilmemesi yardım ödemelerinde gecikmelere neden olabilir.**

İstek numarası
İstek tarihi
Yaralanma tarihi

Çalışma durumunuz:

- İş ile ilgili yaralanma ve/veya hastalığımın dolayı işe gelmemelik yapmadım.
- İş ile ilgili yaralanma ve/veya hastalığımın dolayı tarihinden beri **çalışmıyorum** ve hala **hiçbir** görevde yer alamıyorum.

Bu, gönüllü etkinlikler, serbest meslek veya bakıcılık hizmetleri (COPES) gibi hiçbir çalışma türünü (ücretli veya ücretsiz) yapmadığım ilk tam gündü.

İşe tarihinde yaralanan işveren yeni işveren serbest meslek sahibi olarak geri döndüm.

Serbest mesleğe lisanslı, lisanssız veya/veya çevrimiçi is dahil ancak bunlarla sınırlı değildir.

Şu an şu düzende çalışıyorum:

- Normal çalışma saatlerinde Kısıtlı saatlerde
- Normal maaşla Kısıtlı maaşla

İşe dönmeden önce tarihinden kadar tarihin iş ile ilgili yaralanma ve/veya hastalığımın dolayı hiç bir işte çalışmadım.

Bu, gönüllü etkinlikler, serbest meslek veya bakıcılık hizmetleri (COPES) gibi tüm çalışma türlerini (ücretli veya ücretsiz) içerir.

Aşağıdaki yardımlar için başvuruda bulundum ve/veya yardımları aldım aldım:

- Evet Hayır İşsizlik
- Evet Hayır Sosyal Güvenlik
- Evet Hayır Emeklilik
- Evet Hayır Başka bir devlet kurumundan para yardımı

Yaralandığım gün iş verenim aşağıdakileri ödüyordu ve/veya sağlıyordu:

- Evet Hayır Tıbbi/Dış/Göz
- Evet Hayır Konut
- Evet Hayır İlaç
- Evet Hayır Hizmetler/Yakıt
- Evet Hayır Bu yardımları hala alıyorum Almıyorsanız alınan son tarih

Bakmakla yükümlü olduğunuz kişinin/kişilerin yasal vasisi değişti mi? Evet Hayır

Adres veya telefon numaranız değişti mi? Değiştiyse yeni adresinizi veya telefon numaranızı aşağıya yazın.

Ad:	
Adres:	
Şehir, Eyalet, Posta Kodu:	
Telefon numarası:	

Aşağıda bölümü imzalamanız gereklidir

Aşağıdaki bölüme imzama atarak vermiş olduğum bilgilerin gerçek ve doğru olduğunu onaylarım. Doktorum çalışmama izin vermezse, tutuklanırsam ve ceza alırsam veya çocuklarımın velayetinde değişiklik olursa hasar müdürüne hemen bilgi vereceğimi anladım. Ayrıca bu form üzerinde kasten yanlış bir ifadeye bulunursam veya fiziksel durumum, çalışabilirliğim

ve/veya gerçekleştirilen işler (ücretli veya ücretsiz) hakkında bilgi vermezsem haksız olarak elde edilmiş tüm yardımları geri vereceğimi ve para cezasına çarptırılabileceğimi ve/veya ceza alabileceğimi anladım.

İşçinin adı (lütfen yazdırın)

İşçinin imzası

En iyi iletişim telefon numarası

Tarih

Çalışma Durumu Formu Talimatları

Bu form çalışmadıysanız ve belirttiğiniz tarihler süresince çalışmadıysanız zaman kaybı telafisi içindir. Bu formu dikkatlice okuyarak size uygun tüm bölümleri doldurmanız önemlidir.

Zaman kaybı telafisinin ödemesine yönelik minimum gereklilikler:

- Uzman doktorunuzdan aldığınız objektif sağlık bulgularını ve kısıtlamalarını içeren sağlık raporu.
- Yardım talep etmek üzere doldurduğunuz bir Çalışma Durumu Formu. Bu formu, her elinize ulaştığında doldurmalısınız.

Çalışma durumunuz:

- Yaralanmanızdan dolayı **herhangi bir** işte zaman kaybınızın olup olmadığını bilmemiz gerekir.
- Gönüllü çalışma, serbest meslek veya bakım hizmetleri dahil ancak bunlarla sınırlı olmamak üzere bir faaliyet ile iştigal edip etmediğiniz konusunda L&I'ya bilgi vermeniz önemlidir.
 - Gönül iş Kızıl Hacı, aş evi, aş evi yardımcılığı veya spor koçluğunu içerebilir.
 - Serbest meslek çevrimiçi satış, fotoğrafçılık, odun satıcılığı ve gazete dağıtıcılığı içerebilir.
 - Bakıcılık hizmeti engelli aileye bakım, bebek bakıcılığı ve COPES/DSHS'yi (ücretli bakım) içerebilir.

İşe geri dönme:

- İşe dönmediyseniz bu bölümü atlayın.
- Herhangi bir türdeki işe geri döndüyseniz bu bölümü doldurun.
 - Buna başka bir iş veren için çalışma, serbest meslek veya gönüllü faaliyetler dahil olabilir.
- **Herhangi bir** işte gelemediğiniz günler olduysa gelmediğiniz tarihleri belirtin.
 - Başlangıç tarihi herhangi bir yeterlilikte çalışmadığınız ilk gündür.
 - Bitiş tarihi ise işe geri dönmenizden önceki gündür.
- Kısıtlı saatlerde veya kısıtlı ücretle çalışıyorsanız Kazanma Değeri yardımlarının Kaybını değerlendirebilirsiniz. Forma www.Lni.wa.gov/FormPub adresinden ulaşın, ardından "LEP"yi arayın.

Diğer yardımlar:

- Emeklilik, sosyal güvenlik vb. için başvurduysanız veya bunlardan faydalaniyorsanız bu sizin L&I yan ödemelerinizi etkileyebilir.
- Başka bir devlet kurumundan alınan para yardımı DSHS TANF'ı etkileyebilir.

Yaralanmanın olduğu tarihte iş verenin sağladığı yardımlar:

- Bu bilgi, iş verenin size yaralanmanın olduğu tarihteki mevcut yardımları belirlemek için gereklidir. Örneğin buna iş vereninizin sağlık hizmetleri yardımına katkısı dahil olabilir.
- Sosyal yardımı/yardımları almaya devam etmiyorsanız zaman kaybı telafi tutarınız etkilenebilir.

Bakmakla yükümlü olduklarınızın velayeti:

- Bakmakla yükümlü olduklarınızın zaman kaybı telafisi kısmı yasal vasiye ödenmelidir.
- Vasi değişirse L&I, yasal belgelerin bir kopyasına ve yasal vasinin şu anki adresine ihtiyaç duyar.

Adres değişikliği:

- Adresiniz değiştiyse lütfen yeni adresinizi buraya girin.
- Adresiniz değişmediyse bu alanı boş bırakın.

İmza:

- Zaman kaybı yardımlarının değerlendirilmesi için imzanız gereklidir.
- Bu formu imzalayarak vermiş olduğunuz bilgilerin doğru olduğunu onaylamış oluyorsunuz.