

**Gửi qua bưu điện đơn hoàn tất đến:**

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



# Đơn Tình Trạng Việc Làm

Hoàn tất đơn này qua mạng [www.Secure.Lni.wa.gov](http://www.Secure.Lni.wa.gov)

Số khai báo
Ngày yêu cầu
Ngày chấn thương

- Hoàn tất đơn này trong vòng 14 ngày mỗi khi quý vị nhận được.
- Đọc hướng dẫn ở mặt sau trước khi hoàn tất đơn.
- Không nộp lại đơn này có thể trì hoãn việc thanh toán lợi tức.

**Tình trạng việc làm của quý vị:**

Tôi đã không bỏ bất kỳ công việc nào do chấn thương và/hay bệnh tật liên quan đến công việc.

Tôi đang **không** làm việc và vẫn không có khả năng làm bất kỳ công việc nào do chấn thương và/hay bệnh tật liên quan đến công việc kể từ \_\_\_\_\_

Đây là ngày đầu tiên hoàn toàn tôi đã không làm **bất kỳ** công việc nào – trả lương hay không trả lương – như là hoạt động thiện nguyện, tự làm chủ, hay các dịch vụ chăm sóc (COPES).

Tôi đã trở lại làm việc vào với \_\_\_\_\_  chủ cơ sở nơi tôi bị chấn thương  chủ cơ sở mới  tự làm chủ.

Tự làm chủ bao gồm nhưng không hạn chế có bằng, không có bằng, và/hay kinh doanh trên mạng.

**Hiện tôi đang làm việc:**

Giờ thông thường  Giảm giờ làm

Lương thông thường  Giảm lương

**Trước khi trở lại làm việc, tôi đã không làm bất cứ công việc nào do chấn thương và/hay bệnh tật liên quan đến công việc từ \_\_\_\_\_ cho đến \_\_\_\_\_**

Việc này bao gồm bất kỳ công việc nào – trả lương hay không trả lương – như là hoạt động thiện nguyện, tự làm chủ hay các dịch vụ chăm sóc (COPES).

**Tôi đã và đang nộp đơn cho và/hay nhận được các lợi tức sau đây:**

Có  Không Thất nghiệp

Có  Không An Sinh Xã Hội

Có  Không Hưu Trí

Có  Không Trợ giúp tài chính từ một công ty chính phủ khác

**Vào ngày tôi bị chấn thương, chủ cơ sở của tôi đang trả tiền cho và/hay cung cấp các thứ sau đây:**

Có  Không Y Tế/Răng/Thị Lực

Có  Không Nhà ở

Có  Không Cơm tháng

Có  Không Tiện ích/Năng lượng

Có  Không Tôi vẫn đang nhận những dịch vụ này Nếu không, ngày cuối cùng nhận được \_\_\_\_\_

**Sự giám hộ hợp pháp (những) người phụ thuộc của quý vị có thay đổi hay không?**  Có  Không

**Địa chỉ hay số điện thoại của quý vị có thay đổi hay không? Nếu có, viết địa chỉ hay số điện thoại mới của quý vị dưới đây.**

Tên:	
Địa chỉ đường:	
Thành phố, Bang, Mã Vùng:	
Số điện thoại:	

**Chữ ký của quý vị được yêu cầu dưới đây**

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi chứng nhận rằng thông tin tôi đang cung cấp là đúng và chính xác. Tôi hiểu rằng tôi phải ngay lập tức thông báo cho người quản lý khai báo của tôi biết nếu bác sĩ của tôi cho phép tôi làm bất cứ công việc gì, nếu tôi đang bị giam giữ và đang thụ án, hay nếu sự giám hộ con của tôi thay đổi. Tôi cũng hiểu rằng nếu trong đơn này tôi cố ý khai báo sai hay không khai báo thông tin về tình trạng thể chất, khả năng làm việc, và/hay việc làm (được trả lương hay không được trả lương), tôi sẽ bị yêu cầu hoàn trả lại bất cứ lợi tức nào có được một cách sai phạm và tôi có thể bị phạt dân sự và/hay hình sự.

Tên người lao động (viết hoa) \_\_\_\_\_ Chữ ký người lao động \_\_\_\_\_ Số điện thoại tốt nhất \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

## Hướng Dẫn Điền Đơn Tình Trạng Việc Làm

Đơn này dùng cho việc thanh toán bồi thường thời gian bị mất nếu quý vị đã không làm việc và không có khả năng làm việc trong suốt những ngày quý vị nêu ra. Quan trọng là quý vị đọc đơn này cẩn thận và hoàn thành tất cả các phần áp dụng cho quý vị.

### Những yêu cầu tối thiểu cho việc thanh toán bồi thường thời gian bị mất:

- Giấy chứng nhận y tế từ bác sĩ với những phát hiện và hạn chế về sức khỏe khách quan.
- Đơn Tình Trạng Việc Làm mà quý vị hoàn tất để yêu cầu lợi tức. Quý vị phải hoàn tất đơn này mỗi lần quý vị nhận nó.

### Tình trạng việc làm của quý vị:

- Chúng tôi cần biết nếu quý vị đánh mất thời gian từ **bất cứ** công việc nào do chấn thương của quý vị.
- Quan trọng là phải thông báo cho L&I nếu quý vị tham gia vào hoạt động bao gồm, nhưng không giới hạn đến công việc thiện nguyện, tự làm chủ hay việc chăm sóc.
  - Công việc thiện nguyện có thể bao gồm Hội Chữ Thập Đỏ, ngân hàng thực phẩm, người phụ giúp nhà bếp nấu xúp, huấn luyện thể thao.
  - Tự làm chủ có thể bao gồm bán hàng trên mạng, chụp hình, bán củi, giao báo.
  - Việc chăm sóc có thể bao gồm chăm sóc gia đình khuyết tật, giữ trẻ, COPES/DSHS (chăm sóc được trả lương).

### Quay Trở Lại Làm Việc:

- Nếu quý vị chưa quay trở lại làm việc, bỏ qua phần này.
- Nếu quý vị quay trở lại làm bất cứ công việc nào, hoàn tất phần này.
  - Có thể bao gồm làm việc cho người chủ cơ sở khác, tự làm chủ hay các hoạt động thiện nguyện.
- Nếu quý vị đánh mất thời gian làm **bất cứ** công việc gì, nêu cụ thể ngày quý vị đã không làm việc.
  - Ngày bắt đầu là ngày đầu tiên quý vị đã không làm việc dưới bất kỳ hình thức nào.
  - Ngày kết thúc là ngày trước khi quý vị quay trở lại làm việc.
- Nếu quý vị bị giảm giờ làm việc hay lương, quý vị có thể đủ tiêu chuẩn cho các lợi tức Mất Năng Lực Thu Nhập. Quý vị có thể truy cập đơn trên mạng tại [www.Lni.wa.gov/FormPub](http://www.Lni.wa.gov/FormPub) và tìm kiếm "LEP".

### Những lợi ích khác:

- Nếu quý vị đã và đang nộp đơn xin hay đang nhận tiền hưu trí, an sinh xã hội, vãn vãn., việc này có thể ảnh hưởng đến các lợi tức L&I của quý vị.
- Trợ giúp tài chính từ một cơ quan chính phủ khác có thể bao gồm DSHS TANF.

### Các lợi tức người chủ cơ sở cung cấp vào ngày chấn thương:

- Thông tin này là cần thiết để quyết định tình trạng hiện tại của lợi tức mà chủ cơ sở cung cấp cho quý vị vào ngày chấn thương. Ví dụ, nó có thể bao gồm sự đóng góp của người chủ cơ sở của quý vị cho lợi tức về y tế.
- Nếu quý vị không đang tiếp tục nhận (các) lợi tức, số tiền bồi thường do mất thời gian có thể bị ảnh hưởng.

### Sự giám hộ những người phụ thuộc:

- Phần bồi thường do mất thời gian của người phụ thuộc của quý vị phải được trả cho người giám hộ hợp pháp
- Nếu việc giám hộ thay đổi, L&I sẽ cần một bản sao của giấy tờ hợp pháp và địa chỉ hiện tại của người giám hộ hợp pháp.

### Thay đổi địa chỉ:

- Nếu địa chỉ của quý vị đã và đang thay đổi, xin vui lòng cung cấp địa chỉ mới của quý vị tại đây.
- Nếu không, để phần này trống.

### Chữ ký:

- Chữ ký của quý vị được yêu cầu cho việc xem xét các lợi tức do mất thời gian.
- Bằng cách ký đơn này, quý vị đang khẳng định thông tin quý vị đã và đang cung cấp là chính xác.