

دستورالعمل برای کارگران و کارکنان جراحات دیده

لطفاً در صورت دریافت این فرم از کارکنان دفتر پزشکی، کارهای 43 - 1 نسخه مخصوص کارگران و کارکنان را پر کنید. لطفاً از یک خودکار استفاده کرده و موقع نوشتن روی کاغذ فشار وارد کنید.
ما از اطلاعاتی که ارائه می‌کنید برای محاسبه مزایا استفاده خواهیم کرد.

1. جراحی یا بیماری خود را تا جاییکه امکان دارد با جزئیات بیشتر شرح دهید. بعنوان مثال اگر سر کار زمین خورده‌اید و بازوی شما مجروح شده است، توضیح دهید که کدام بازو مجروح شده و زمین خوردن چگونه اتفاق افتاده است. اگر وضعیت شما به مرور زمان ایجاد شده است، دلیل وقوع وضعیت و عارضه را توضیح داده و ذکر کنید که مشکل در طول چه مدتی ایجاد شده است. (کادر b - 19a)
2. لطفاً تمام اطلاعات درخواست شده درباره اشتغال، وضعیت خانوادگی و وابستگان خود را ارائه کنید. ما از این اطلاعات برای محاسبه مزایای شما استفاده خواهیم کرد.
3. به ما اجازه دسترسی به سوابق اشتغالی را بدهید که سازمان امنیت شغلی (ESD، Employment Securities Department) آنها را در اختیار دارد تا بتوانیم مزایای غرامت کارگران و کارکنان و خدمات بازگشت به کار را هرچه بهتر و مؤثرتر در اختیار شما قرار دهیم. امکان دارد این اطلاعات در اختیار ارائه‌کنندگان خدمات پزشکی، ارائه‌کنندگان خدمات بازتوانی شغلی و حرفه‌ای و کارفرمایان قرار داده شود. این اطلاعات محرمانه بوده و بر طبق RCW 50.13.060(13) تحت محافظت قرار دارند.
4. پیش از امضای فرم، بخش اعلامیه‌های قانونی نسخه مخصوص کارگران و کارکنان را مطالعه کنید.
5. به کمک L&I نیاز دارید؟ تلفن ویژه کارگران و کارکنان جراحات دیده
اطلاع‌رسانی خودکار درباره درخواست‌های مطالبات
1-800-547-8367 (دوشنبه - جمعه، 5 - 8)
1-800-831-5227

هنگامی که به درخواست مطالبه شما رسیدگی می‌کنیم، شما باید این پنج کار را انجام دهید

1. ارائه‌کننده مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خود را از شبکه ارائه‌کنندگان پزشکی L&I انتخاب کنید، حتی اگر درست بعد از وقوع جراحی توسط شخصی دیگر تحت درمان قرار گرفته باشید. شما می‌توانید یکی از انواع ارائه‌کنندگان زیر را که برای درمان جراحی و هماهنگی مراقبت‌های شما دارای مجوز هستند انتخاب کنید: پزشکان، درمان‌گران استثنی‌پاتی، طب سنتی، یا پاپوشی؛ کارورزان پیشرفته پرستاری رسمی (ARNP)؛ دندان-پزشکان و کارشناسان بینایی‌سنجی. فهرست ارائه‌کنندگان را می‌توانید در www.Lni.wa.gov/FindaDoc مشاهده کنید. اگر نیاز به سفر و رفت و آمد بود، درباره بازپرداخت هزینه آن از مدیر امور درخواست‌های مطالبات خود سؤال کنید. بازپرداخت هزینه سفر و رفت و آمد باید از قبل تأیید گردد.
2. در صورتی که پزشک به شما اجازه داده و محدودیت‌های خاص کاری برایتان تعیین کرده باشد، درباره فرصت انجام کارهای سبک با کارفرمای خود صحبت کنید. بسیاری از کارگران و کارکنان جراحات دیده می‌توانند با حقوق کامل به کار ادامه دهند چون کارفرمایان ممکن است بتوانند وظایف آنها را در طول دوره بهبودی بنحوی اصلاح نمایند. یا اینکه ممکن است L&I مبالغی برای هرگونه کاهش دستمزد به دلیل تغییر موقعیت و پست کاری اختصاص دهد. (تذکر: پرداخت‌های زمان از دست رفته بسیار کمتر از درآمد حاصل از کار هستند.)
3. هزینه صورت‌حساب‌های پزشکی و یا نسخه‌های خود را که مربوط به جراحی هستند پرداخت نکنید. اگر یک داروساز از شما خواست که پرداخت کنید، رسید آنرا نگه داشته و در صورتی که با درخواست مطالبه شما موافقت شد، از L&I بخواهید هزینه آنرا به شما بپردازد.
4. شماره درخواست مطالبه خود را آماده داشته باشید و آنرا روی تمام مدارک و مکاتباتی که برای ما ارسال می‌کنید، بنویسید. این شماره در گوشه پایین سمت راست نسخه مخصوص کارگران و کارکنان فرم درج شده است. در کارت نوشته شده است: "This is your claim number" (این شماره درخواست مطالبه شما می‌باشد).
5. اگر به جایی دیگر نقل مکان می‌کنید یا ارائه‌کننده مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خود را عوض می‌کنید، موضوع را طی یک نامه به مدیر امور درخواست‌های مطالبات خود اعلام کنید. تغییرات باید بصورت کتبی اعلام شده و باید نامه را امضا کرده باشید. فراموش نکنید که باید حتماً شماره درخواست مطالبه را در نامه خود ذکر کنید.

به این آدرس ارسال کنید: Department of Labor & Industries
PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291.

دستورالعمل‌های خط-به-خط برای گزارش حادثه

در این بخش ترجمه عناوین کادرهای 43 – 1 فرم آورده شده است. در هر قسمت که پاسخ روشن نیست، یک دستورالعمل اضافه کرده‌ایم. دقت کنید که باید پاسخ‌های خود را در فرم بنویسید، نه در این متن.

مشخصات شخص کارگر یا کارمند:

زبان ترجیحی – با علامت زدن در کادر مربوطه، زبانی که مایل هستید با آن ارتباط برقرار کنید را مشخص سازید. اگر نام زبان خود را مشاهده نمی‌کنید، در آخرین کادر تحت عنوان "سایر" علامت زده و زبان ترجیحی خود را روی خط بنویسید.

1. نام – نام، نام میانی، نام خانوادگی. نام کامل رسمی و قانونی خود را بنویسید.
2. جنسیت – یکی از گزینه‌های مذکر یا مونث را علامت بزنید.
3. شماره سوشال سکیوریتی.
4. شماره تلفن منزل.
5. تاریخ تولد – باید بصورت سال/روز/ماه نوشته شود.
6. آدرس منزل – شهر، ایالت، و کدپستی را ذکر کنید.
7. قد – به فوت و اینچ ذکر کنید.
8. وزن – به پوند ذکر کنید.
9. آدرس پستی (اگر با آدرس منزل فرق دارد) – شهر، ایالت، و کدپستی را ذکر کنید.

مشخصات افراد وابسته:

ممکن است لازم باشد مدارک ازدواج، ثبت زندگی مشترک، یا واجد شرایط بودن وابستگان را ارائه کنید.

10. وضعیت خانوادگی: در کادری که با وضعیت شما مطابقت دارد علامت بزنید.

ستون سمت چپ	ستون سمت راست
متاهل	بیوه
جدا شده	مجرد
طلاق گرفته	
شریک زندگی ثبت شده	

11. کودکان وابسته – کودکانی که هنوز به دنیا نیامده‌اند و تاریخ تقریبی تولد آنها را نیز ذکر کنید. مزایا تا بخشی به تعداد کودکان وابسته قانونی بستگی دارند. اگر سرپرستی قانونی آنها را ندارید، کادر 13 را تکمیل کنید.

نام کامل هر فرد وابسته؛ نسبت شما با او؛ و سرپرستی قانونی را ذکر کنید – برای پاسخ بله، کادر اول و اگر سرپرستی قانونی ندارید، کادر دوم را برای انتخاب پاسخ خیر علامت بزنید؛ و تاریخ تولد هر فرد وابسته را ارائه کنید.

12. نام همسر یا شریک زندگی ثبت شده.

13. نام و آدرس سرپرست قانونی کودکان – شهر، ایالت، و کدپستی را ذکر کنید.

اطلاعات مربوط به جراحت:

14. تاریخ جراحت یا آخرین باری که در کار در معرض آن وضعیت قرار گرفته‌اید. تاریخ‌ها را باید بصورت سال/روز/ماه بنویسید.
15. زمان جراحت – ساعت را نوشته و برای مشخص کردن صبح کادر اول و برای بعدازظهر کادر دوم را علامت بزنید.
16. شیفت کاری (یک گزینه را علامت بزنید) – برای شیفت روز کادر اول؛ برای شیفت متغیر کادر دوم؛ و برای شیفت شب کادر سوم را علامت بزنید.
17. آیا هرگز قبلاً برای همان عارضه یا عارضه‌ای مشابه تحت درمان قرار گرفته‌اید؟ برای انتخاب پاسخ بله، کادر اول و برای انتخاب پاسخ خیر، کادر دوم را علامت بزنید.
18. آیا این عارضه بخاطر واقعه خاصی بوجود آمده است؟ برای انتخاب پاسخ بله، کادر اول و برای انتخاب پاسخ خیر، کادر دوم را علامت بزنید.
- 19a. قسمت‌های بدن که مجروح شده یا در معرض قرار گرفته‌اند.
- 19b. با جزئیات کامل درباره نحوه وقوع جراحت یا اینکه چطور در معرض وضعیت قرار گرفته‌اید توضیح دهید. (هرگونه ابزار، ماشین‌آلات، مواد

شیمیایی یا بخارات و گازهایی را که ممکن است در این امر دخیل بوده باشند ذکر کنید.)

20. آیا مشغول انجام وظائف عادی شغلی خود بوده‌اید؟ برای انتخاب پاسخ بله، کادر بالا و برای انتخاب پاسخ خیر، کادر پایین را علامت بزنید.
21. در کجا مجروح شدید یا در معرض وضعیت قرار گرفتید؟ برای انتخاب محل کارفرما کادر اول؛ برای انتخاب محل کار کادر دوم؛ برای انتخاب مکان‌های دیگر کادر سوم را علامت زده و محل را در فضائی که اختصاص داده شده است بنویسید.
22. در کجا مجروح شدید/در معرض وضعیت قرار گرفتید؟ نام شرکت یا کسب و کار را بنویسید. آدرس شرکت یا کسب و کار، شامل شهر، کانتی، ایالت و کدپستی را بنویسید.
23. آیا جراحت بخاطر یک دستگاه معیوب، محصول یا شخصی غیر از کارفرما یا همکاران ایجاد شده است؟ برای انتخاب پاسخ بله، کادر اول و برای انتخاب پاسخ خیر، کادر دوم و برای انتخاب پاسخ احتمالاً، کادر سوم را علامت بزنید.
24. اگر شاهدی وجود دارد مشخصات ایشان را ذکر کنید - نام افرادی که مجروح شدن شما را دیده‌اند بنویسید.
25. چه موقع به کار باز خواهید گشت؟ تاریخ را بصورت سال/روز/ماه بنویسید.
26. آخرین بار چه موقع کار کرده‌اید؟ تاریخ را بصورت سال/روز/ماه بنویسید.
27. آیا واقعه را به کارفرمای خود گزارش کرده‌اید؟ برای انتخاب پاسخ بله، کادر اول و برای انتخاب پاسخ خیر، کادر دوم را علامت بزنید. اگر پاسخ شما بله است، نام و سمت شخص را بنویسید.
28. تاریخ گزارش. تاریخ را بصورت سال/روز/ماه بنویسید.
29. آیا در روزی که مجروح شدید، مزایای بهداشتی و درمانی پرداخت شده توسط کارفرما داشتید؟ برای انتخاب پاسخ بله، کادر اول و برای انتخاب پاسخ خیر، کادر دوم را علامت بزنید.

اطلاعات شغلی:

30. نام تجاری کارفرمای شما.
31. نوع کسب و کار و شرکت.
32. برای چه مدت در آنجا کار کرده‌اید؟ می‌توانید بطور تقریبی ذکر کنید. تعداد تقریبی سال‌ها را در اولین جای خالی؛ یا تعداد ماه‌ها را در دومین جای خالی؛ یا تعداد هفته‌ها را در سومین جای خالی؛ یا تعداد روزها را در چهارمین جای خالی بنویسید.
33. شماره تلفن کارفرما. شماره را با ذکر کد منطقه بنویسید.
34. آدرس کارفرمای شما. شهر، ایالت و کدپستی را ذکر کنید.
35. عنوان شغلی خود را نوشته و وظائف کاری خود را شرح دهید.
36. نرخ دستمزد در این شغل. مقدار را در کنار علامت دلار بنویسید. فقط یک نرخ دستمزد را علامت بزنید:

ستون سمت چپ	ستون سمت راست
ساعتی	هفتگی
روزانه	ماهینه
بیش از 1 نرخ دستمزد	

37. ساعت در روز. تعداد ساعاتی را که می‌بایست در هر روز کار کنید ذکر نمائید.
38. روز در هفته. تعداد روزهایی را که می‌بایست در هر هفته کار کنید ذکر نمائید.
39. درآمدهای دیگر (متوسط روزانه). مقدار را در کنار علامت دلار بنویسید. جلوی هر درآمد اضافی که در مورد شما صدق می‌کند علامت بزنید.

ستون سمت چپ	ستون سمت راست
مقاطع کاری	انعام
اضافه کاری عادی	مابه‌التفاوت شیفیت
کمسیون	پاداش‌ها در 12 ماه گذشته

40. شما چند شغل دارای دستمزد دارید؟
41. من یک ... هستم: لطفاً تمام کادرهایی را که برای شما مصداق دارند علامت بزنید

ستون سمت چپ	ستون سمت راست
صاحب‌کار	سهام‌دار شرکت
شریک	مدیرعامل شرکت
مدیر شرکت	پوشش اختیاری
	در مورد من صدق نمی‌کند

42. امضا – تذکر: اعلامیه‌های قانونی زیر را مطالعه کنید. بعد از امضا، تاریخ را بصورت سال/روز/ماه بنویسید.

من گواهی می‌کنم که این اظهارات بر اساس بهترین دانش و اطلاعات من صحیح می‌باشند. با امضای این فرم به ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، بیمارستان‌ها، یا کلینیک‌ها اجازه می‌دهم گزارش‌های پزشکی مربوطه را که توسط آنها یا دیگران تهیه شده است، در اختیار سازمان کار و صنایع قرار دهند.

43. امضا. بعد از امضا، تاریخ را بصورت سال/روز/ماه بنویسید.

من به سازمان کار و صنایع، یا دیگران که از طرف آنها اقدام می‌نمایند اجازه می‌دهم سوابق محرمانه اشتغال مرا از سازمان امنیت شغلی (ESD) دریافت نمایند تا روند تعیین مزایای غرامت کارگران و کارکنان تسهیل گردد.

در **RCW 51.36.060** چنین ذکر شده است: کلیه اطلاعات پزشکی در اختیار یا کنترل هر شخص که به اعتقاد سازمان مربوط به جراحات خاص شخص کارگر یا کارمندی باشند که جراحات یا بیماری شغلی وی مبنای یک درخواست مطالبه تحت این مقررات است باید در کلیه مراحل رسیدگی در صورت درخواست در دسترس کارفرما، نماینده متقاضی مطالبه، و سازمان قرار داده شوند و هیچ شخصی به دلیل ارائه این اطلاعات با مسئولیت قانونی روبرو نخواهد بود.

در **RCW 51.48.020** بخش (2) چنین ذکر شده است: هر شخصی که تحت این مقررات مزایا مطالبه می‌نماید، در صورتی که در هریک از درخواست‌های مطالبه یا درخواست‌ها تحت این مقررات آگاهانه اطلاعات نادرست ارائه نماید مطابق با مفاد بندهای مربوط به سرقت و مبادرت در **RCW 9A**، مرتکب جرم جنائی، تخلف جدی شده است.

ارائه شماره سوشال سکيوریتی خود: شما مجبور نیستید شماره سوشال سکيوریتی خود را در این فرم ارائه کنید. اما ارائه شماره به **L&I** در روند رسیدگی به درخواست مطالبه شما تحت قوانین بیمه صنعتی کمک خواهد کرد. (به بخش 51، مجموعه مقررات اصلاحی واشنگتن و فصل **RCW 51.28** رجوع کنید.)

(13) RCW 50.13.060: در صورت سوءاستفاده یا ارائه غیرمجاز سوابق یا اطلاعات توسط هر شخص یا سازمانی که دسترسی آنها تحت مفاد این فصل مجاز دانسته شده است، شخص یا سازمان مبلغ پنج هزار دلار جریمه شده و مجازات‌های مربوطه دیگر تحت قوانین ایالتی و فدرال برای ایشان تعیین خواهد شد. تقاضای اعمال مفاد این بخش باید توسط دادستانی مطرح گردیده و هرگونه جریمه وصول شده باید به صندوق بودجه احتیاطی سازمان امنیت شغلی پرداخت گردد. دادستان ممکن است هزینه‌های معقول وکلاء از بابت هرگونه اقدام صورت گرفته جهت اعمال مفاد این بخش را از محل آن تأمین نماید.

RCW 50.13.015: اگر اطلاعاتی که یک نهاد دولتی در اختیار سازمان قرار می‌دهد بر اساس قوانین ایالتی و فدرال محرمانه و خصوصی تلقی شده باشند، سازمان اجازه ارائه آن اطلاعات به دیگران را ندارد.

برای دریافت کمک در خصوص مطالبه خود از L&I

با ما تماس بگیرید: تلفن ویژه کارگران و کارکنان جراحته دیده: 1-800-547-8367 (دوشنبه - جمعه، 5 - 8)
اطلاع رسانی خودکار درباره درخواست های مطالبات: 1-800-831-5227
خدمات TDD برای افرادی که مشکلات شنوایی/گفتاری دارند: 1-360-902-5797

در اینترنت: وبسایت L&I: www.Lni.wa.gov

در اینجا می‌توانید درباره نحوه رسیدگی به درخواست های مطالبه، مواردی که با غرامت کارگران و کارکنان پوشش داده می‌شود، نحوه محاسبه مزایا، کارهایی که کارفرمای شما باید انجام دهد و مسائل متنوع دیگر اطلاعات کسب نمایید.

آیا برای استفاده از وبسایت ما به کمک های فنی نیاز دارید؟

- ایمیل: WebSupport@Lni.wa.gov
- تلفن: 360-902-5999

یا اینکه می‌توانید با یک دفتر میدانی L&I تماس گرفته یا به آنها مراجعه کنید. مشخصات آنها تحت عنوان "WA State, Labor & Industries" (ایالت واشنگتن، کار و صنایع) در کتاب راهنمای تلفن ذکر شده است.

Aberdeen 360-533-8200	Everett 425-290-1300	Mount Vernon 360-416-3000	Spokane 509-324-2600	Tumwater 360-902-5800
Bellevue 425-990-1400	Kennewick 509-735-0100	Sequim 360-417-2700	Tacoma 253-596-3800	Vancouver 360-896-2300
Bellingham 360-647-7300	Longview 360-575-6900	Silverdale 360-308-2800	Tukwila 206-835-1000	Yakima 509-454-3700
East Wenatchee 509-886-6500	Moses Lake 509-764-6900	Pullman 509-334-5296		