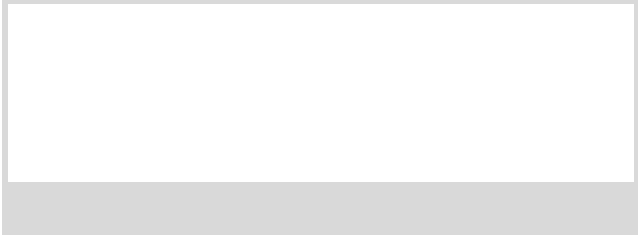




အလုပ်ဌာန	အလုပ်ရာထူး/နေရာ
တောင်းဆိုလွှာနံပါတ်	
တောင်းဆိုသည့်ရက်စွဲ	
အနာတရဖြစ်သည့်ရက်စွဲ	



လျှောက်ရမည့်ပုံ - ၁) ဤပုံစံ၏ အလုပ်သမားဆိုင်ရာ အပိုင်းကဏ္ဍကိုဖြည့်ကာ လက်မှတ်ထိုးပါ။ ၂) သင့် အလုပ်ရှင်နှင့် သင့်ကို ဆေးကုသမှုပေးသည့် သမား တော်တို့ကို ၎င်းတို့၏ အပိုင်းကဏ္ဍများအား ဖြည့်စိုင်းပါ။ ၃) ဤရုံးစာကို အထက်ပါ လိပ်စာသို့ပို့ပါ။  
 တစ်စုံတစ်ရာ မေးလိုပါသလား။ ရသင့်တွေ့တောင်းဆို မှုဆိုင်ရာ သင်၏တာဝန်ခံကို ဆက်သွယ်ပါ။

**အလုပ်သမားဆိုင်ရာ အပိုင်းကဏ္ဍ**

အနာတရဖြစ်ချိန်တွင် ကျွန်ုပ်သည် အလုပ်လုပ်နေခဲ့သည်။ တစ်နေ့လျှင် နာရီပေါင်း \_\_\_\_\_ တစ်ပတ်လျှင် ရက်ပေါင်း \_\_\_\_\_  
 ကျွန်ုပ်သည် လက်ရှိတွင် အလုပ်လုပ်နေသည်။ တစ်နေ့လျှင် နာရီပေါင်း \_\_\_\_\_ တစ်ပတ်လျှင် ရက်ပေါင်း \_\_\_\_\_  
 ဖြတ်တောက်မှုများမလုပ်မီ \_\_\_\_\_ မှ \_\_\_\_\_ အထိ အလုပ်လုပ်သည့် ကာလအပိုင်းအခြားအတွက် ကျွန်ုပ်၏ စုစုပေါင်းဝင်ငွေမှာ \_\_\_\_\_ ဖြစ်ခဲ့ပါသည်။

သင်အနာတရဖြစ်သည့်နေ့တွင် သင့်အလုပ်ရှင်က သင်၏ နှင့်/သို့မဟုတ် သင့်မိသားစု၏ ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ၊ သွားဘက်ဆိုင်ရာ နှင့်/သို့မဟုတ် မျက်စိဆိုင်ရာ အာမခံကြေးခံစားခွင့်များ၏ တစ်စိတ်တစ်ဒေသကို ပေးနေခဲ့ပါသလား။ သို့မဟုတ် နေထိုင်မှုထောက်ပံ့ငွေ၊ စားသောက် စရိတ် နှင့်/သို့မဟုတ် ရေ၊ မီး၊ လောင်စာ ဝန်ဆောင်စရိတ်များ ပေးနေခဲ့ပါသလား။  
 ပေးနေခဲ့ပါသည်  မပေးနေခဲ့ပါ  
 ယင်းခံစားခွင့်များကို သင်ယခု ရနေဆဲဖြစ်ပါသလား။  
 ရပါသည်  မရပါ နောက်ဆုံးရခဲ့သည့် ရက်စွဲ \_\_\_\_\_  
 ဤအလုပ်လုပ်သည့် ကာလအပိုင်းအခြားအတွင်း ကျွန်ုပ်၏ လက်ရှိအလုပ်ရှင်က ကျွန်ုပ်၏ ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ၊ မျက်စိဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် သွားဘက်ဆိုင်ရာ ကုမ္ပဏီကထုတ်ပေးသည့် အာမခံအကျိုးခံစားခွင့်များကို ပေးနေ/ပေးနေခဲ့ပါသည်။  ဟုတ်ပါသည်  မဟုတ်ပါ

အောက်တွင် လက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်သည် နောက်ဖော်ပြပါကို မှန်ကန်ကြောင်း တရားဝင်ဖော်ပြပါသည် - ကျွန်ုပ်၏အလုပ် သို့မဟုတ် ခန္ဓာကိုယ်အခြေအနေနှင့်ပတ်သက်ပြီး မဟုတ်မမှန်ထွက်ဆိုခဲ့လျှင် ကျွန်ုပ်၏ ခံစားခွင့်ငွေကြေးများကို ပြန်အမ်းရမည်ဖြစ်ကာ ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် တရားမကြောင်းအရဖြစ်သော သို့မဟုတ် ရာဇဝတ်ကြောင်းအရဖြစ်သော ပြစ်ဒဏ်များ ရင်ဆိုင်ရနိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ်သဘောပေါက် နားလည်ပါသည်။ (လုပ်ခရသည်ဖြစ်စေ မရသည်ဖြစ်စေ) ကျွန်ုပ်လုပ်ဆောင်ရသည့် မည်သည့်အလုပ်မဆို၊ ဆရာဝန်က ကျွန်ုပ်ကို အချိန်ပြည့် အလုပ်ပြန်လုပ်ရန် ခွင့်ပြုလျှင်၊ ကျွန်ုပ်သည် အကျဉ်းကျကာ ပြစ်ဒဏ်ခံရလျှင်၊ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏ကလေးများအား ထိန်းသိမ်းစောင့်ရှောက်မှု အပြောင်းအလဲရှိလျှင် ဤပုံစံတွင် အစီရင်ခံတင်ပြရမည်ကို ကျွန်ုပ်သဘောပေါက်နားလည်ပါသည်။

ရက်စွဲ \_\_\_\_\_ အလုပ်သမား၏လက်မှတ် \_\_\_\_\_

**Employer's Section** To be completed by employer or a copy of your payroll record for the above period can be attached.

Wages were paid for the period \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ Gross Wage paid \$ \_\_\_\_\_  
 During this period: # work hours available \_\_\_\_\_ # hours worked \_\_\_\_\_  
 Were vacation wages paid during this period?  No  Yes Amount paid \$ \_\_\_\_\_  
 Were sick leave wages paid during this period?  No  Yes Amount paid \$ \_\_\_\_\_  
 Were holiday wages paid during this period?  No  Yes Amount paid \$ \_\_\_\_\_  
 Are you currently contributing to the worker and/or worker's family medical, dental and/or vision benefits, or providing housing, board and/or fuel (utilities)?  No Date ended \_\_\_\_\_  
 Yes Amount of contribution \$ \_\_\_\_\_ Please check if your contribution was by the  Hour  Day  Week  Month

Name of employer \_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ I certify that the earnings shown above are correct, according to our records.  
 Employer's signature \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_

**Physician's Section** Diagnosis due to workplace injury or illness:

The present disability allows the worker to perform only  Modified/lighter duty  Reduced hours # hours per day \_\_\_\_\_ # days per week \_\_\_\_\_  
 List and explain physical restrictions: \_\_\_\_\_

Have you advised the worker to return to pre-injury work schedule or pre-injury duties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, on _____	If No, when do you anticipate the worker will be able to return to pre-injury work schedule or pre-injury duties? _____	
Are there factors impeding recovery, such as unrelated medical conditions, socio-economic or chemical dependency? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
If yes, explain and use additional sheets if needed.		
Has the worker's condition, due to this injury, reached maximum medical improvement? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Will permanent impairment result from this injury? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Undetermined		
Comments:		
Phone #	Date	Physician's signature