

Department of Labor and Industries  
 Claims Section  
 PO BOX 44291  
 Olympia, WA 98504-4291

**FORMULAIRE LEP  
 (POUR INCAPACITÉ DE TRAVAIL)**

**MED**

Division	Poste de travail
Numéro de la demande	
Date de la demande	
Date de l'accident	

Instructions : 1) Remplissez et signez la section réservée à l'employé; 2) Faites remplir la section appropriée par votre employeur et votre médecin; 3) Envoyez le formulaire à l'adresse indiquée. Questions? Contactez votre responsable des demandes d'indemnisation.

**Section réservée à l'employé**

Au moment de l'accident, je travaillais \_\_\_\_\_ heures par jour \_\_\_\_\_ jours par semaine  
 Je travaille actuellement \_\_\_\_\_ heures par jour \_\_\_\_\_ jours par semaine

Mon salaire brut avant déductions pour la période de travail : \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ était de \_\_\_\_\_ \$  
 Le jour de l'accident, votre employeur participait-il pour vous et/ou votre famille à une assurance santé (soins médicaux, dentaires et/ou optiques) ou prenait-il en charge le logement, les repas et/ou le carburant (services d'utilité publique – ex. eau, électricité)?  Oui  Non  
 Bénéficiez-vous à l'heure actuelle de ces avantages?  Oui  Non  
 Date de cessation des avantages perçus \_\_\_\_\_  
 Durant cette période de travail, mon employeur actuel contribue/contribuait aux soins médicaux, optiques ou dentaires  Oui  Non

*En signant ce formulaire, je certifie ce qui suit : Je comprends que toute fausse déclaration sur mes activités ou mon état de santé physique entraînera un remboursement de ma part des indemnités perçues et m'exposera à d'éventuelles poursuites civiles ou pénales. Je comprends que tout travail (rémunéré ou non), toute autorisation de reprise de travail par mon médecin, toute détention carcérale et condamnation, ou modification de la garde de mes enfants doivent être inscrits sur ce formulaire.*

Date \_\_\_\_\_ Signature de l'employé \_\_\_\_\_

**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?  No  Yes on \_\_\_\_\_ schedule or pre-injury duties? \_\_\_\_\_ 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?  Yes  No

If yes, explain and use additional sheets if needed.

Has the worker's condition, due to this injury, reached maximum medical improvement?  Yes  No

Will permanent impairment result from this injury?  Yes  No  Undetermined

Comments: \_\_\_\_\_

Phone # \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Physician's signature \_\_\_\_\_