



หน่วย	ตำแหน่งงาน
หมายเลขคำร้อง	
วันที่ร้องขอ	
วันที่ของการบาดเจ็บ	

ขั้นตอนการสมัคร: 1) กรอกแบบฟอร์มในส่วนของคุณจ้างให้สมบูรณ์พร้อมลงนาม 2) ให้นายจ้างของท่านและแพทย์ที่ให้การดูแลกรอกในส่วนของพวกเขาให้สมบูรณ์ 3) ส่งเอกสารทางไปรษณีย์ไปยังที่อยู่ด้านบน

หากมีคำถาม? ติดต่อผู้จัดการด้านคำสนทนาใหม่ทดแทนของท่าน

ส่วนของลูกจ้าง

ในช่วงเวลาที่บาดเจ็บนั้น ข้าพเจ้าได้ทำงาน: _____ ชั่วโมงต่อวัน _____ วันต่อ สัปดาห์
 ปัจจุบัน ข้าพเจ้าทำงาน: _____ ชั่วโมงต่อวัน _____ วันต่อ สัปดาห์
 รายได้รวมของข้าพเจ้า ก่อนการหักลดหย่อน สำหรับช่วงของการทำงาน: _____ ถึง _____ เป็นจำนวนเงิน \$ _____
 ในวันที่เกิดการบาดเจ็บของท่าน นายจ้างของท่านได้จ่ายสิทธิประโยชน์ในบางส่วนใด ๆ จากประกันสุขภาพ ประกันทันตกรรม และ/หรือด้านสายตาของท่าน และ/หรือของครอบครัวของท่าน หรือให้ที่พัก ค่าอาหาร และ/หรือค่าน้ำมัน (ค่าน้ำมันค่าไฟ) หรือไม่? ใช่ ไม่ใช่
 ท่านยังคงรับสิทธิประโยชน์เหล่านี้หรือไม่? ใช่ ไม่ใช่ วันที่การคุ้มครองสิ้นสุด _____
 ในระหว่างระยะเวลาการทำงานนี้ นายจ้างปัจจุบันของข้าพเจ้า จ่าย/เคยจ่าย สำหรับสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ ด้านสายตา และ ทันตกรรมใช่หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่

โดยการลงชื่อด้านล่าง ข้าพเจ้าขอรับรองต่อไปนี้: ข้าพเจ้าเข้าใจว่า หากข้าพเจ้าให้การเท็จเกี่ยวกับกิจกรรม หรือสถานะทางร่างกาย ข้าพเจ้าต้องใช้คืนสิทธิประโยชน์ของข้าพเจ้าและข้าพเจ้าอาจเผชิญกับการลงโทษทางแพ่งและอาญา ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้าต้องรายงานในแบบฟอร์มนี้เกี่ยวกับงานใด ๆ ที่ได้ทำ (ได้รับค่าจ้างหรือไม่ได้รับค่าจ้าง), หากแพทย์ของข้าพเจ้าอนุญาตให้ข้าพเจ้ากลับไปทำงานได้ตามปกติ, หากข้าพเจ้าถูกขังและได้รับการพิพากษา หรือหากสิทธิในการดูแลเด็กของข้าพเจ้าเปลี่ยนแปลงไป

วันที่ _____ ลายมือชื่อของลูกจ้าง _____

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 _____ 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 _____