



فرم وضعیت کار

برای تکمیل آنلاین این فرم به www.Secure.Lni.wa.gov مراجعه نمایید

- این فرم را باید ظرف مدت 14 روز از تاریخ دریافت تکمیل کنید.
- قبل از تکمیل فرم، دستورالعمل های پشت صفحه را مطالعه کنید.
- اگر این فرم را نفرستید ممکن است پرداخت مزایا با تأخیر روبرو شود.

شماره درخواست مطالبه
تاریخ درخواست
تاریخ وقوع جراحت

وضعیت کاری شما:	
<input type="checkbox"/>	من بخاطر جراحت و/یا بیماری ناشی از کار اصلاً هیچیک از ساعات های کاری خود را از دست نداده ام.
<input type="checkbox"/>	من بخاطر جراحت و/یا بیماری ناشی از کار از تاریخ _____ تا _____ کار نمی کنم و قادر نیستم در هیچ کار و فرصت شغلی مشغول شوم.
این اولین روز کاملی بود که هیچ نوع کاری - با دستمزد یا بدون دستمزد - مانند فعالیت های داوطلبی، کار آزاد، یا خدمات مراقبتی (COPES) انجام نداده ام.	
من در تاریخ _____ به کار نزد <input type="checkbox"/> کارفرمایی که جراحت من در آنجا رخ داده است <input type="checkbox"/> یک کارفرمای جدید <input type="checkbox"/> کار آزاد برگشته ام.	
کار آزاد شامل ولی نه محدود به کارهای نیازمند مجوز، بدون مجوز و/یا فعالیت های آنلاین می باشد.	
وضعیت کاری من در حال حاضر:	
<input type="checkbox"/>	ساعات های عادی
<input type="checkbox"/>	دستمزد عادی
<input type="checkbox"/>	ساعات های کاهش یافته
<input type="checkbox"/>	دستمزد کاهش یافته
قبل از بازگشت به کار، بخاطر جراحت و/یا بیماری ناشی از کار خود از تاریخ _____ تا _____ در هیچ فرصت شغلی مشغول به کار نبوده ام.	
این شامل هر نوع کاری - با دستمزد یا بدون دستمزد - مانند فعالیت های داوطلبی، کار آزاد، یا خدمات مراقبتی (COPES) می باشد.	

من برای دریافت مزایای زیر اقدام کرده و/یا آنها را دریافت می کنم:	
<input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
بیکاری سوشال سکیوریتی بازنشستگی کمک های مالی از سازمان های دولتی دیگر	
در روزی که مجروح شدم، کارفرمای من هزینه موارد زیر را پرداخت می کرد و/یا آنها را ارائه می نمود:	
<input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
خدمات پزشکی/دندانپزشکی/چشم پزشکی مسکن تغذیه خدمات همگانی (مانند آب و برق)/سخت من هنوز این مزایا را دریافت می کنم. اگر پاسخ منفی است، آخرین تاریخ پوشش را ذکر کنید.	

ایا وضعیت حضانت و سرپرستی قانونی شما بر شخص وابسته(وابستگان) تغییر کرده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
ایا آدرس یا شماره تلفن شما تغییر کرده است؟ اگر اینطور است، آدرس و یا شماره تلفن خود را در قسمت زیر بنویسید.	
نام:	
آدرس:	
شهر، ایالت، کدپستی:	
شماره تلفن:	

شما حتماً باید قسمت زیر را امضا کنید			
من با امضای خود در بخش زیر، گواهی می کنم اطلاعاتی که ارائه کرده ام صحیح و درست هستند. من می دانم که اگر پزشک اجازه هر نوع کاری را به من بدهد، اگر زندانی شده و محکومیت خود را می گذرانم، و یا اگر وضعیت حضانت کودکان من تغییر می کند باید فوراً به مدیر امور مطالبات خود اطلاع دهم. من همچنین می دانم که اگر آگاهانه اطلاعات نادرستی در این فرم ارائه کنم، یا آگاهانه از ارائه کردن اطلاعات مربوط به وضعیت جسمانی، توانائی کار، و/یا کارهای انجام شده (با دستمزد یا بدون دستمزد) خودداری ننمایم، باید تمام مزایایی که بطور نادرست دریافت کرده ام پس بدهم و ممکن است با جریمه های مدنی و/یا قضائی روبرو شوم.			
تاریخ	بهترین شماره تلفن جهت تماس	امضای شخص کارگر یا کارمند	نام شخص کارگر یا کارمند (لطفاً با حروف درشت و واضح بنویسید)

دستورالعمل های تکمیل فرم وضعیت کار

این فرم برای پرداخت غرامت زمان از دست رفته در مواردی است که در تاریخ هایی که ذکر کرده اید، مشغول به کار نبوده و یا قادر به کار کردن نبوده اید. بسیار مهم است که این فرم را با دقت تمام مطالعه کرده و تمام قسمت های آنرا که به وضعیت شما مربوط می شوند تکمیل کنید.

حداقل الزامات ضروری برای پرداخت غرامت زمان از دست رفته:

- گواهی پزشکی از ارائه کننده معالج شما همراه با یافته های عینی و واقعی پزشکی و محدودیت ها .
- فرم وضعیت کار که برای درخواست مزایای تکمیل می کنید. شما باید این فرم را در هر بار دریافت، تکمیل نمائید .

وضعیت کاری شما :

- اگر به دلیل جراحت خود هر زمان کاری را از دست داده اید، باید ما را در جریان قرار دهید .
- بسیار مهم است که پرداختن به هرگونه فعالیت، شامل ولی نه محدود به کارهای داوطلبی، کار آزاد یا خدمات مراقبتی را به L&I اعلام کنید .
 - کارهای داوطلبی می تواند شامل صلیب سرخ، بانک غذا، کمک کردن در غذاخوری نیازمندان، مربی گری ورزشی باشد.
 - کار آزاد (خود اشتغالی) می تواند شامل فروش آنلاین، عکاسی، فروش هیزم، توزیع روزنامه باشد.
 - کارهای مراقبتی می تواند شامل مراقبت کردن از یک عضو معلول خانواده، مراقبت از کودکان، (SCOPES/DSHS کارهای مراقبتی با دستمزد) باشد.

بازگشت به کار:

- اگر به کار برگشته اید، می توانید از این قسمت صرف نظر کنید.
- اگر به هرگونه کاری بازگشته اید باید این قسمت را تکمیل کنید .
 - این می تواند شامل کار برای کارفرماهای دیگر، کار آزاد یا کارهای داوطلبی باشد.
- اگر هر ساعت کاری را از دست داده اید، لطفاً تاریخ هایی که در آنها کار نکرده اید را ذکر کنید .
 - منظور از تاریخ شروع، اولین روزی است که در آن به هیچ کاری مشغول نبوده اید.
 - منظور از تاریخ پایان، روز قبل از بازگشت شما به کار می باشد.
- اگر با ساعت های کاهش یافته یا دستمزد کاهش یافته مشغول به کار هستید، شاید واجد شرایط دریافت مزایای کاهش توانایی کسب درآمد باشید. برای دسترسی به آدرس اینترنتی www.Lni.wa.gov/FormPub مراجعه کرده و سپس لغت "LEP" را جستجو کنید.

سایر مزایا:

- اگر برای دریافت مزایای بازنشستگی، سوشال سکيوریتی و غیره اقدام کرده و یا آنها را دریافت می کنید، ممکن است بر مزایای L&I شما تأثیر بگذارد .
- کمک های مالی از سازمان های دولتی دیگر می تواند شامل DSHS TANF باشد .

مزایایی که در تاریخ وقوع جراحت از کارفرمای خود دریافت می کردید :

- این اطلاعات برای تعیین وضعیت کنونی مزایایی مورد نیاز است که کارفرما در تاریخ وقوع جراحت در اختیار شما قرار می داده است.
- بعنوان مثال این می تواند شامل سهمی باشد که کارفرمای شما برای مزایای مراقبت های بهداشتی و درمانی شما پرداخت می کرده است .
- اگر این مزایا را دیگر دریافت نمی کنید، ممکن است غرامت زمان از دست رفته شما تحت تأثیر قرار بگیرد.

حضانة و سرپرستی وابستگان:

- سهم وابستگان شما از غرامت زمان از دست رفته باید به سرپرست قانونی آنها پرداخت شود .
- اگر وضعیت حضانة و سرپرستی قانونی تغییر کند، باید یک کپی از مدارک قانونی و آدرس کنونی سرپرست قانونی به L&I ارائه شود.

تغییر آدرس:

- اگر آدرس شما تغییر کرده است، لطفاً آدرس جدید خود را در اینجا ارائه نمائید .
- اگر تغییر نکرده است، این قسمت را خالی بگذارید.

امضا:

- برای اینکه مزایای زمان از دست رفته شما مد نظر قرار داده شود باید فرم را امضا کنید .
- با امضا کردن فرم، شما تأیید می کنید که اطلاعاتی که ارائه کرده اید صحیح می باشند .