



## कार्य स्थिति प्रपत्र

इस प्रपत्र को ऑनलाइन पूर्ण करें [www.Secure.Lni.wa.gov](http://www.Secure.Lni.wa.gov)

- इस प्रपत्र को प्रत्येक बार प्राप्त करने से 14 दिनों के अन्दर पूर्ण करें।
- प्रपत्र को पूर्ण करने से पूर्व इसके पृष्ठ भाग पर दिए गए निर्देशों का अध्ययन करें।
- इस प्रपत्र को भेजने में विफल होने पर पर लाभ के भुगतान में विलम्ब हो सकता है।

दावा संख्या
अनुरोध तिथि
क्षति तिथि

आपकी कार्य स्थिति:

- मैंने अपनी कार्य-सम्बन्धित क्षति तथा/अथवा रोग के कारण किसी कार्य को नहीं छोड़ा है।
- मैं कार्य नहीं कर रहा हूँ, और अपने कार्य-सम्बन्धित क्षति तथा/अथवा रोग के कारण - निम्न उल्लिखित तिथि से - किसी नियोजन में कार्य करने में अक्षम रहा हूँ

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

यह ऐसा प्रथम पूर्ण दिवस था जब मैंने किसी भी प्रकार का कोई भी कार्य नहीं किया - भुगतान सहित या भुगतान रहित - जैसे कि स्वयंसेवी क्रियाकलाप, स्व-नियोजन, अथवा देखभाल प्रदान करने वाली सेवाएं (COPES)।

मैं इस तिथि को कार्य पर लौटा \_\_\_\_\_ यहाँ पर -  क्षति वाले नियोक्ता  नये नियोक्ता  स्व-नियोजन

स्व-नियोजन में - लाइसेंस-रहित, लाइसेंस-रहित, तथा/अथवा ऑनलाइन व्यवसाय - शामिल हैं, परन्तु केवल इन तक ही सीमित नहीं हैं।

मैं अभी निम्नानुसार कार्य कर रहा हूँ:

- नियमित घंटे  घटे हुए घंटे
- नियमित पारिश्रमिक  घटा हुआ पारिश्रमिक

कार्य पर लौटने से पूर्व, अपनी कार्य सम्बन्धित क्षति तथा/अथवा रोग के कारण मैंने किसी नियोजन में कार्य नहीं किया है, इसकी अवधि निम्नानुसार है

\_\_\_\_\_ से लेकर \_\_\_\_\_ इसमें किसी भी प्रकार का कोई भी कार्य शामिल है - भुगतान सहित या भुगतान रहित - जैसे कि स्वयंसेवी क्रियाकलाप, स्व-नियोजन, अथवा देखभाल प्रदान करने वाली सेवाएं (COPES)।

मैंने निम्नलिखित लाभों के लिए आवेदन किया है तथा/अथवा लाभ प्राप्त किया है:

- हां  नहीं बेरोजगारी
- हां  नहीं सामाजिक सुरक्षा
- हां  नहीं सेवानिवृत्ति
- हां  नहीं किसी अन्य सरकारी एजेन्सी से मौद्रिक सहायता

जिस दिन मैं क्षतिग्रस्त हुआ था, उस समय मेरे नियोक्ता निम्नलिखित सुविधाएं प्रदान कर रहे थे तथा/अथवा इनके लिए भुगतान कर रहे थे:

- हां  नहीं चिकित्सा/दंत/दृष्टि
- हां  नहीं आवास
- हां  नहीं बोर्ड
- हां  नहीं उपयोगिताएं/ईंधन
- हां  नहीं मैं अभी भी ये लाभ प्राप्त कर रहा हूँ। यदि नहीं, कवर किए जाने की अंतिम तिथि: \_\_\_\_\_

क्या आपके ऊपर आश्रित व्यक्ति(यों) की विधिक अभिरक्षा परिवर्तित हुई है?  हां  नहीं

क्या आपका पता या फोन नम्बर परिवर्तित हुआ है? यदि हां, तो अपना नया पता एवं फोन नम्बर नीचे लिखें।

नाम:	
सड़क का पता	
शहर, राज्य, जिप कोड:	
फोन नम्बर:	

नीचे आपके हस्ताक्षर की आवश्यकता है।

नीचे हस्ताक्षर करने के द्वारा मैं प्रमाणित करता हूँ कि मेरे द्वारा प्रदान की जाने वाली सूचना सत्य एवं सही है। मैं समझता हूँ कि - यदि मेरे चिकित्सक मुझे किसी कार्य के लिए मुक्त करते हैं, यदि मुझे कैद किया जाता है तथा कोई दंड दिया जाता है, अथवा यदि मेरे बच्चों की अभिरक्षा में परिवर्तन होता है - तो मुझे तुरन्त ही अपने दावा प्रबन्धक को अधिसूचित करना अनिवार्य है। मैं यह भी समझता हूँ कि मैं यदि इस प्रपत्र पर कोई सोदेश्य मिथ्या कथन करता हूँ अथवा मेरी शारीरिक स्थिति, कार्य क्षमता, तथा/अथवा निष्पादित किए गए कार्य (भुगतान सहित या भुगतान रहित) के बारे में सूचना प्रकट करने में विफल रहता हूँ, तो मुझे गलत तरीके से प्राप्त किए किसी भी लाभ को वापस करने की आवश्यकता होगी तथा मुझ पर सिविल

तथा/अथवा दाण्डिक दंड लगाए जा सकते हैं।

कर्मचारी का नाम (कृपया मुद्रित करें)

कर्मचारी का हस्ताक्षर

सर्वोत्तम सम्पर्क फोन नम्बर

तिथि

## कार्य स्थिति प्रपत्र निर्देश

यह प्रपत्र आप द्वारा वर्णित की गई तिथियों के दौरान आप द्वारा कार्य ना करने अथवा कार्य करने में अक्षम होने की स्थिति में समय हानि क्षतिपूर्ति के भुगतान के लिए है।

### समय हानि क्षतिपूर्ति के भुगतान के लिए न्यूनतम आवश्यकताएं:

- आपके चिकित्सा प्रदाता द्वारा उद्देश्यनिष्ठ चिकित्सीय निष्कर्षों एवं प्रतिबंधों वाला चिकित्सा प्रमाणपत्र।
- लाभों के अनुरोध हेतु आप द्वारा पूर्ण किया गया कार्य स्थिति प्रपत्र। प्रत्येक बार प्राप्त किए जाने पर आप द्वारा यह प्रपत्र पूर्ण करना अनिवार्य है।

### आपकी कार्य स्थिति:

- हमें यह जानने की आवश्यकता है कि क्या आपने अपनी क्षति के कारण किसी कार्य से अनुपस्थित रहे हैं।
- यदि आप किसी ऐसी क्रियाकलाप में शामिल रहे हैं - जिसमें स्वयंसेवी कार्य, स्व-नियोजन, अथवा देखभाल प्रदान करना शामिल है - परन्तु केवल इन तक ही सीमित नहीं है, तो L&I को अधिसूचित करना महत्वपूर्ण है।
  - स्वयंसेवी कार्य में शामिल हो सकता है - रेड क्रॉस, खाद्य बैंक, सूप किचन सहायक, खेल प्रशिक्षण।
  - स्व-नियोजन में शामिल हो सकता है - ऑनलाइन विक्रय, फोटोग्राफी, फायरवुड बेचना, समाचारपत्र पहुंचाना।
  - देखभाल प्रदान करने में शामिल हो सकता है - किसी विकलांग परिवार को देखभाल प्रदान करना, बच्चे की देखभाल, COPES/DSHS (भुगतान लेकर देखभाल प्रदान करना)।

### कार्य पर लौटना:

- यदि आप कार्य पर नहीं लौटे हैं, तो इस अनुभाग को छोड़कर आगे बढ़ जाएं।
- यदि आप किसी भी प्रकार के कार्य पर लौटे हैं तो इस अनुभाग को पूर्ण करें।
  - इसमें किसी भिन्न नियोक्ता के लिए कार्य करना, स्व-नियोजन, अथवा स्वयंसेवी क्रियाकलाप शामिल हो सकता है।
- यदि आप किसी कार्य से अनुपस्थित रहे हैं तो कार्य ना करने की तिथि बताएं।
  - आरम्भ तिथि वह प्रथम दिवस है जब आपने किसी भी क्षमता में कार्य नहीं किया।
  - अंत तिथि वह अंतिम दिवस है जब आप कार्य पर लौटे हैं।
- यदि आप घटे हुए घंटे या पारिश्रमिक के साथ कार्य कर रहे हैं, तो आप 'धनोपार्जन क्षमता की हानि' लाभों के लिए पात्र हो सकते हैं। प्रपत्र को [www.Lni.wa.gov/FormPub](http://www.Lni.wa.gov/FormPub) पर ऑनलाइन देखें, और उसके पश्चात "LEP" की खोज करें।

### अन्य लाभ:

- यदि आपने सेवानिवृत्ति, सामाजिक सुरक्षा आदि के लिए आवेदन किया है अथवा प्राप्त कर रहे हैं, तो यह आपके L&I लाभों को प्रभावित कर सकता है।
- किसी अन्य सरकारी एजेन्सी से मौद्रिक सहायता में DSHS TANF शामिल हो सकता है।

### क्षति की तिथि पर नियोक्ता प्रदत्त लाभ:

- इस सूचना की आवश्यकता - क्षति की तिथि पर आपको नियोक्ता प्रदत्त लाभ की वर्तमान स्थिति - का निर्धारण करने के लिए है। उदाहरण के लिए, इसमें स्वास्थ्य सेवा लाभों में आपके नियोक्ता का योगदान शामिल हो सकता है।
- यदि आप वर्तमान में लाभ नहीं प्राप्त कर रहे हैं, तो आपकी समय हानि क्षतिपूर्ति राशि प्रभावित हो सकती है।

### आश्रितों की अभिरक्षा:

- समय हानि क्षतिपूर्ति के आपके आश्रित के भाग का भुगतान - विधिक अभिरक्षक को किया जाना आवश्यक है।
- यदि अभिरक्षा में परिवर्तन होता है, तो L&I को विधिक कागजी कार्यवाही की एक प्रतिलिपि तथा विधिक अभिरक्षक के वर्तमान पते की आवश्यकता होगी।

### पते में परिवर्तन:

- यदि आपका पता परिवर्तित हुआ है, तो कृपया अपना नया पता यहां प्रदान करें।
- यदि नहीं, तो इस अनुभाग को रिक्त छोड़ दें।

### हस्ताक्षर:

- समय हानि लाभों के प्रतिफल के लिए आपके हस्ताक्षर की आवश्यकता है।
- इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर करने के द्वारा आप पुष्टि कर रहे हैं कि आपके द्वारा प्रदान की सभी सूचनाएं सही हैं।