



ពាក្យសុំសំរាប់សំណងទូទាត់នៃ L.E.P.
 ផ្នែកពេទ្យ

ក្រុម	មុខងារធ្វើការ
លេខសំណុំរឿងទាមទារ	
ខែ ថ្ងៃ បានស្នើសុំ	
ខែ ថ្ងៃ គ្រោះថ្នាក់	

របៀបដាក់ពាក្យសុំ:

- 1) បំពេញនិងចុះហត្ថលេខានៅត្រង់ជំពូកអ្នក ធ្វើការ
- 2) សុំឱ្យនិយោជកនិងគ្រូពេទ្យដែលអ្នកបានអញ្ជើញទៅ ពិនិត្យជម្ងឺបំពេញជំពូករបស់ពួកគាត់។
- 3) ធ្វើក្រដាសពាក្យនេះទៅ តាមអាសយដ្ឋានខាងលើ។ បើមានសំណួរ? ចូរទាក់ទងទៅនាយក សំណុំរឿងទាមទាររបស់អ្នក។

ជំពូកអ្នកធ្វើការ

នៅពេលគ្រោះថ្នាក់ ខ្ញុំបានធ្វើការចំនួន: _____ ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ _____ ថ្ងៃក្នុងមួយអាទិត្យ។
 ពេលសព្វថ្ងៃខ្ញុំធ្វើការចំនួន: _____ ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ _____ ថ្ងៃក្នុងមួយអាទិត្យ។

ប្រាក់ខែសរុប, មុនពេលកាត់នានា, សំរាប់រយៈពេលពីថ្ងៃ: _____ ដល់ _____ គឺចំនួន \$ _____ ។

នៅថ្ងៃអ្នកគ្រោះថ្នាក់ តើនិយោជករបស់អ្នកបានបើកជំនួយថ្ងៃពេទ្យ / ធានាថ្ងៃពេទ្យ / ភ្នែកឬចំណែកណាមួយសំរាប់អ្នក / គ្រួសារអ្នក ឬជួយថ្ងៃផ្ទះ ថ្ងៃបាយនិង / ឬសំណង់ម៉ាស៊ីនប្រើប្រាស់ក្នុងផ្ទះឬទេ? បាទឬចាំ ទេ

តើអ្នកនៅតែកំពុងទទួលជំនួយទាំងនេះឬ? បាទឬចាំ ទេ ការធានាបានចប់នៅថ្ងៃ _____

នៅកំឡុងពេលធ្វើការងារនេះ និយោជករបស់ខ្ញុំគឺ / បានជួយថ្ងៃពេទ្យ, ភ្នែក, និងធ្មេញ បាទឬចាំ ទេ

ក្នុងការចុះហត្ថលេខាខាងក្រោមនេះ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ដូចតទៅ: ខ្ញុំយល់ថា បើខ្ញុំមានការភ្នាក់ងារកំណាចក្រយប់ពីសកម្មភាពបុលពូណៈនៃសុខភាពរបស់ខ្ញុំ នោះខ្ញុំនឹងត្រូវគេតម្រូវឱ្យសងប្រាក់ជំនួយរបស់ខ្ញុំទៅវិញ ហើយនិងប្រហែលត្រូវទទួលបានសេវាបុរេប្រដាប់ណាមួយ។ ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំត្រូវតែរាយការណ៍នៅក្នុង ក្រដាសពាក្យដែលបានផ្តល់មក ចំពោះផ្តល់ឬមិនផ្តល់ បើវេជ្ជបណ្ឌិតខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើការងារពេញ បើខ្ញុំជាប់ក្នុងមន្ទីរយុយ៉ាងនិងស្ថិតនៅក្រោមទោស ឬបើអ្នកមើលថែទូទៅរបស់ខ្ញុំមានការផ្លាស់ប្តូរ។

ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ	ហត្ថលេខារបស់អ្នកធ្វើការ
---------------	-------------------------

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 _____