

雇员

您有权申请使用口译员，以您的偏好语言来帮助您理解并填写本表格。该项服务免费提供。如果您需要口译员，请告知您的雇主。

填写本表格至“雇主部分”。使用钢笔清晰填写。完成后请将填写完整的表格交给您的雇主。您所提供的信息将帮助确定您是否符合福利的资格。

1. **尽可能详细描述您的伤情或疾病。**例如，如果您的手臂由于在工作中摔倒而受伤，请说明是**哪边**手臂以及**如何**摔倒的。如果您的伤情或病情随着时间恶化了，请说明是什么导致了您的伤情或病情，以及问题发生在哪个时期。
2. **提供我们在 SIF-2 上要求的所有信息：**关于您的就业情况、家庭状态以及受抚养人。这些信息将用于计算您的福利。
3. **在您签署之前，请阅读列于 SIF-2 表格的雇员副本之法律公告。**

在您的索赔处理过程中，您需要做的七件事。

1. **从 L&I (华州劳工部) 医疗服务提供者网络中选择您自己的医疗护理提供者**，即便您受伤后的紧急救治是由其他方进行的。您可以从下列类型的服务提供者中进行选择，这些持证服务提供者可治疗您的伤情并协调您的护理：医师、整骨疗法提供者、脊椎按摩疗法提供者、自然疗法提供者、足科医师、高级注册执业护士 (advanced registered nurse practitioner, ARNP)、牙医医师和验光师。您可在 www.Lni.wa.gov/FindADoc 上获取服务提供者名录。如果您必须出行，请向您的索赔经理咨询报销问题。出行报销必须提前获得授权。
2. **为了快速处理和文书简化事宜，请与您的服务提供者一同完整填写“服务提供者初始报告” (Provider Initial Report, PIR)。**请与您的医疗护理提供者进行沟通。确保您的服务提供者知道您的伤情或职业疾病是和工作相关的，且您在一位自办保险雇主处工作。请与您的服务提供者沟通有关轻负荷以及您的身体限制问题。您的服务提供者将会把本报告发送给您的雇主或其代表人。
3. 如果您的医生给予您批准以及具体的工作限制，**请与您的雇主讨论轻负荷工作的机会。**许多受伤的雇员可以按照全薪继续工作，因为雇主可能可以在雇员恢复期间调整他们的职责。或者，您的雇主可能会为您补足某个不同岗位的任何薪资差额。（备注：工时损失付款要比工作收入低**很多**。）
4. **请勿支付与您的伤情相关的医疗账单或处方。**如果某位药剂师要求您付款，请保存收据，并在您的索赔获得允许的情况下，向您的雇主或第三方代表人申请报销。
5. **请将您的索赔编号保存在便于获取的地方，并将其写在您寄送给雇主或第三方代表人的所有文件上。**
6. **如果您解除或变更医疗护理提供者，请写信告知您的索赔经理。**变更必须采用书面形式，并经您签署。请记住在上面写上您的索赔编号。将该信息寄送给您的索赔经理。
7. **配合所有合理的要求，**包括来自于您的医疗护理提供者、雇主以及经授权协助您的治疗和恢复的其他人士。