

# Инструкции для работников о подаче акта о несчастном случае в рамках самострахования (SIF-2)

## Работники

Вы имеете право на получение услуг устного переводчика, который поможет Вам понять и заполнить этот бланк на предпочитаемом Вами языке. Данная услуга предоставляется бесплатно. Если Вы желаете воспользоваться услугами устного переводчика, сообщите об этом своему работодателю.

Заполните данный бланк до «Раздела работодателя». Пишите ручкой, прикладывая достаточное усилие. Отдайте заполненный бланк своему работодателю. Предоставленная Вами информация поможет нам установить Вашу правомочность на получение пособий.

1. **Опишите свою травму или болезнь максимально подробно.** Например, если Вы получили травму руки в результате падения на работе, укажите, *какая* это была рука и *как* Вы упали. Если Ваше заболевание развивалось постепенно, объясните, что вызвало заболевание и когда возникла данная проблема.
2. **Предоставьте всю информацию, требуемую в бланке SIF-2,** относительно Вашей работы, семейного положения и иждивенцев. Эта информация используется при расчете Ваших пособий.
3. **Прежде чем подписать бланк, ознакомьтесь с правовыми уведомлениями, приведенными в копии SIF-2 для работника.**

## Семь действий, которые Вам необходимо предпринять, пока рассматривается Ваш иск.

1. **Выберите своего поставщика медицинских услуг из сети поставщиков медицинских услуг L&I (Министерство труда и промышленности),** даже если сразу после получения травмы Вам предоставлял услуги другой поставщик. Вы можете выбрать поставщика, имеющего лицензию на лечение Вашей травмы и координацию Вашего лечения, в области медицины, остеопатии, мануальной терапии, натуропатии или подиатрии; дипломированную практикующую медсестру высшей квалификации (advanced registered nurse practitioner, ARNP); стоматолога или оптометриста. Перечень поставщиков можно найти на сайте [www.Lni.wa.gov/FindADoc](http://www.Lni.wa.gov/FindADoc). Узнайте у своего менеджера по рассмотрению исков о возмещении затрат на проезд, если он необходим. Возмещение затрат на проезд должно быть одобрено заранее.
2. **Чтобы ускорить процесс рассмотрения и уменьшить объем документации, заполните, пожалуйста, полностью первоначальный отчет поставщика (Provider Initial Report, PIR) вместе со своим поставщиком.** Держите своего поставщика медицинских услуг в курсе дела. Убедитесь, что Ваш поставщик знает, что Ваша травма или профессиональное заболевание связаны с работой, и что Вы работаете на самозастрахованного работодателя. Поговорите со своим поставщиком об облегченном режиме труда и физических ограничениях. Ваш поставщик отправит данный отчет Вашему работодателю либо его представителю.
3. **Поговорите со своим работодателем об облегченном режиме труда,** если Ваш врач дал на это одобрение и обозначил конкретные ограничения трудовой деятельности. Многие травмированные работники могут продолжать работать за полную плату, потому что работодатели, возможно, смогут изменить режим их труда на время восстановления. Либо Ваш работодатель может предоставить другую должность за уменьшенную плату. (Примечание: пособия по временной нетрудоспособности **намного** меньше, чем доход от работы.)
4. **Не оплачивайте медицинские счета или рецепты, относящиеся к Вашей травме.** Если фармацевт требует оплаты, сохраните чек и попросите своего работодателя или представителя третьей стороны возместить Ваши расходы, если Ваш иск одобрен.

5. **Имейте номер своего иска под рукой** и указывайте его во всей документации, которую Вы посылаете своему работодателю или представителю третьей стороны.
6. **Сообщите своему менеджеру по рассмотрению исков об изменении адреса или перемене поставщиков медицинских услуг.** Уведомления об изменениях должны быть предоставлены в письменном виде и подписаны Вами. Не забудьте указать свой номер иска. Отправьте эту информацию своему менеджеру по рассмотрению исков.
7. **Удовлетворяйте все рациональные запросы** Вашего поставщика медицинских услуг, работодателя и других лиц, имеющих право на участие в Вашем лечении и восстановлении.