

Envie os formulários preenchidos para:
Department of Labor and Industries
PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291
Fax: 360-902-4292



Formulário de Status de Trabalho

Preencha este formulário on-line em
www.Secure.Lni.wa.gov

- **Sempre que você receber este formulário, preencha-o em até 14 dias após o recebimento.**
- **Leia as instruções no verso antes preencher o formulário.**
- **Caso este formulário não seja devolvido, poderão ocorrer atrasos no pagamento do benefício.**

Número do pedido
Data da solicitação
Data da lesão

Seu status de trabalho:

- Não perdi **nenhum** trabalho devido à minha lesão e/ou doença do trabalho.
- Eu **não** estou trabalhando e permaneço incapacitado para trabalhar em **qualquer** emprego devido à minha lesão e/ou doença do trabalho desde _____

Este foi o primeiro dia completo em que não realizei **qualquer** tipo de trabalho – remunerado ou não – como atividades de voluntariado, trabalho autônomo ou serviços de cuidador (COPEs - Community Options Program Entry System - Sistema de Entrada no Programa de Opções Comunitárias).

Retornei ao trabalho _____ com o mesmo empregador em que ocorreu a lesão um novo empregador um trabalho autônomo.

O trabalho autônomo inclui, sem limitação, negócio licenciado, não licenciado e/ou on-line.

Atualmente, estou trabalhando:

- Em período regular Em período reduzido
- Com remuneração regular Com remuneração reduzida

Antes de retornar ao trabalho, não trabalhei em nenhum emprego devido à minha lesão e/ou doença do trabalho, de _____ até _____

Isso inclui qualquer tipo de trabalho – remunerado ou não – como atividades de voluntariado, trabalho autônomo, ou serviços de cuidados (COPEs – Community Options Program Entry System – Sistema de Entrada no Programa de Opções Comunitárias).

Cadastrei-me para receber e/ou recebi os seguintes benefícios:

- Sim Não Seguro desemprego
- Sim Não Seguro Social
- Sim Não Aposentadoria
- Sim Não Assistência financeira de outra agência governamental

No dia em que sofri a lesão, meu empregador estava pagando e/ou fornecendo o seguinte:

- Sim Não Seguro médico/odontológico/ocular
- Sim Não Moradia
- Sim Não Alojamento
- Sim Não Serviços públicos/Combustível
- Sim Não Ainda estou recebendo esses benefícios; Ou a data final da cobertura foi _____

A guarda legal do(s) seu(s) dependente(s) mudou? Sim Não

Seu endereço ou número de telefone mudou? Se sim, escreva seu novo endereço ou número de telefone abaixo.

Nome:	
Endereço físico:	
Cidade, Estado, CEP	
Número de telefone:	

Forneça sua assinatura abaixo (preenchimento obrigatório)

Ao assinar abaixo, certifico que as informações fornecidas são verdadeiras e corretas. Compreendo que devo notificar imediatamente o gerente do meu pedido caso receba liberação médica para o trabalho, caso seja preso ou esteja cumprindo alguma sentença ou em caso de alteração da custódia dos meus filhos. Também compreendo que, se eu intencionalmente fizer uma declaração falsa neste formulário ou não divulgar informações sobre minha condição física, capacidade para o trabalho e/ou trabalho realizado (remunerado ou não), deverei reembolsar quaisquer benefícios obtidos indevidamente e poderei estar sujeito a penalidades civis e/ou criminais.

Nome do funcionário impresso

Assinatura do funcionário

Melhor número de telefone
para contato

Data

Instruções para o Formulário de Status de Trabalho

Este formulário é destinado ao pagamento por afastamento do trabalho, caso você não tenha trabalhado e esteja incapacitado para o trabalho durante os dias indicados. É importante que você leia cuidadosamente este formulário e preencha todas as seções aplicáveis a você.

Requisitos mínimos para o pagamento por afastamento do trabalho:

- Atestado médico do profissional responsável contendo observações e restrições médicas objetivas.
- Um Formulário de Status de Trabalho que deve ser preenchido para a solicitação de benefícios. Você deve preencher esse formulário sempre que recebê-lo.

Seu status de trabalho:

- Precisamos saber se você deixou de realizar **qualquer** trabalho devido à sua lesão.
- É importante notificar o L&I (Department of Labor and Industries - Departamento de Trabalho e Indústrias) se você estiver envolvido em atividades que incluem, sem limitação, trabalho voluntário, trabalho autônomo ou serviços de cuidador.
 - Trabalho voluntário pode incluir Cruz Vermelha, banco de alimentos, distribuição de refeições aos necessitados, orientação esportiva.
 - Trabalho autônomo pode incluir vendas on-line, fotografia, venda de madeira para lenha, entrega de jornais.
 - Serviços de cuidador podem incluir cuidadores para famílias com deficientes, babás, COPES (Community Options Program Entry System - Sistema de Entrada no Programa de Opções Comunitárias), DSHS (Department of Social and Health Services - Departamento de Serviços Sociais e de Saúde) (cuidados pagos).

Retorno ao trabalho:

- Se você não tiver retornado ao trabalho, pule esta seção.
- Se você tiver retornado a qualquer tipo de trabalho, preencha esta seção.
 - Isso pode incluir trabalhar para um empregador diferente, trabalho autônomo ou atividades de voluntariado.
- Se você foi afastado de **qualquer** trabalho, especifique as datas em que não trabalhou.
 - A data inicial é a primeira data em que você não trabalhou em qualquer posição.
 - A data final é o dia anterior ao retorno ao trabalho.
- Se você estiver trabalhando em período reduzido ou com remuneração reduzida, você pode estar qualificado para benefícios de LEP (Loss of Earning Power - Perda de Capacidade de Gerar Receita). [Acesse](http://www.Lni.wa.gov/FormPub) o formulário on-line em www.Lni.wa.gov/FormPub, em seguida pesquise "LEP".

Outros benefícios:

- Se você tiver solicitado recebimento ou estiver recebendo aposentadoria, seguro social etc., isso pode afetar seus benefícios do L&I.
- Assistências financeiras de outras agências governamentais podem incluir o benefício TANF (Temporary Assistance for Needy Families - Assistência Temporária para Famílias Necessitadas), do DSHS

Benefícios fornecidos pelo empregador na data da lesão:

- Essas informações são necessárias para determinar o status atual dos benefícios fornecidos pelo empregador a você na data da lesão. Por exemplo, isso pode incluir a contribuição do seu empregador a benefícios de assistência médica.
- Se você não continuar recebendo o(s) benefício(s), o valor do seu pagamento por afastamento pode ser afetado.

Guarda de dependentes:

- A porção do pagamento por afastamento paga ao seu dependente deve ser paga ao guardião legal da criança.
- Se houver mudança na guarda, o L&I precisará de uma cópia dos documentos legais e do endereço atualizado do guardião legal.

Mudança de endereço:

- Se seu endereço tiver mudado, informe o novo endereço aqui.
- Caso contrário, deixe esta seção em branco.

Assinatura:

- Sua assinatura é obrigatória para a avaliação dos benefícios por afastamento.
- Ao assinar este formulário, você está confirmando que as informações fornecidas estão corretas.