

Mẫu thông tin này sẽ cho phép chúng tôi tạo ra một tập tin máy tính và cơ sở dữ liệu ban đầu, hỗ trợ chúng tôi hiệu quả để tiếp tục quá trình và thủ tục tiếp nhận.

**THÔNG TIN KHÁCH HÀNG**

Tên	<input type="text"/>	Họ	<input type="text"/>	Tên đệm	<input type="text"/>
Địa chỉ	<input type="text"/>	Thành phố, tiểu bang, mã	<input type="text"/>		
Điện thoại	<input type="text"/>	Zip	E-mail	<input type="text"/>	
Ngày sinh	<input type="text"/>	Bảo hiểm xã hội #	<input type="text"/>		
Bác sĩ chuyên biệt chính (ví dụ Chiropractor)	<input type="text"/>	Ủy ban kháng cáo bồi thường lao động # (WCAB #)	<input type="text"/>		

**THÔNG TIN VỀ THƯƠNG TẬT**

Ngày bị thương tật 1.	<input type="text"/>	Bộ phận 1.	<input type="text"/>	Yêu cầu bồi thường # 1.	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	2.	<input type="text"/>	2.	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	3.	<input type="text"/>	3.	<input type="text"/>

Nếu tất cả thương tật xảy ra ở cùng một địa điểm, vui lòng đánh dấu vào ô trống

Địa điểm sự cố (yêu cầu mã zip code)	1.	<input type="text"/>
	2.	<input type="text"/>
	3.	<input type="text"/>

Mô tả ngắn gọn thương tật của bạn (nếu bạn thấy thương tật của bạn được gây ra bởi một người khác hoặc thiết bị lỗi xin vui lòng liệt kê)

1.	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>

Đã có bất kỳ người nào khác chứng kiến tai nạn hay thương tật? (liệt kê tên)

1.	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>

Bạn đã bỏ lỡ bao nhiêu công việc? (liệt kê ngày)

1.	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>

Bạn đã trình báo thương tật?

- Có  
 Không

Công ty của bạn đã hoàn thành hay  
điền yêu cầu bồi thường hoặc báo cáo  
tai nạn?

- Có  
 Không  
 Không chắc

Bạn đã được cung cấp một bản sao yêu cầu bồi thường hoặc báo cáo tai nạn?

- Có  Không

### HÃNG BẢO HIỂM BỒI THƯỜNG LAO ĐỘNG

Hãng bảo hiểm

Đại lý bảo hiểm đánh giá bồi thường

Địa chỉ

Thành phố, tiểu bang, mã  
Zip

Điện thoại

E-mail

### THÔNG TIN SỬ DỤNG LAO ĐỘNG

Tên công ty

Vị trí công việc

Địa chỉ

Thành phố, tiểu bang, mã  
Zip

Điện thoại

Fax

E-mail

Ngày thuê

Lương

Mỗi giờ

Mỗi tuần

Mỗi tháng

Mỗi năm

Bạn có làm việc toàn thời gian?

- Có  Không

Nếu không, bạn làm bao nhiêu giờ?

Bạn có làm việc ngoài giờ?

- Có  Không

Nếu có, bạn làm bao nhiêu? (Trung bình)

Bạn có thuộc một tổ chức?

- Có  Không

Nếu có, liệt kê tên và địa phương #

Bạn đã lên kế hoạch cho sự gia tăng mức lương, làm việc để xem xét và/hoặc tăng lương cho chi phí sinh hoạt? (nếu có, giải thích)

Bạn có một công việc thứ hai?

- Có (liệt kê danh sách bên dưới)  Không

Tên công ty

Vị trí công việc

Địa chỉ

Thành phố/Tiểu bang  
Zip

Mã

Điện thoại

Fax

Ngày thuê

Lương

Mỗi giờ

Mỗi tuần

Mỗi tháng

Mỗi năm

Bạn có làm việc toàn thời gian?

Có

Không

Nếu không, bạn làm bao nhiêu giờ?

Bạn có làm việc ngoài giờ?

Có

Không

Nếu có, bạn làm bao nhiêu? (Trung bình)

### CÔNG VIỆC TRƯỚC ĐÂY

Công ty nào bạn đã làm trong 2 năm vừa qua?

Không

A. Tên công ty

Thành phố/Tiểu bang

Lương

Vị trí công việc

Năm làm việc

B. Tên công ty

Thành phố/Tiểu bang

Lương

Vị trí công việc

Năm làm việc

C. Tên công ty

Thành phố/Tiểu bang

Lương

Vị trí công việc

Năm làm việc

### THƯƠNG TẬT TRƯỚC ĐÂY

Bạn đã có thương tật hay đã được bồi thường thương tật trước đây?

Có (Nếu có, vui lòng liệt kê)

Không

A. Ngày bị thương

Bộ phận

Tên công ty/Thành phố

B. Ngày bị thương

Bộ phận

Tên công ty/Thành phố

C. Ngày bị thương

Bộ phận

Tên công ty/Thành phố

Có bất kỳ thương tật nào vẫn làm phiền bạn?

Có

Không

Có bất kỳ thương tật nào gây ra thương tật vĩnh viễn?

Có

Không

Bạn có những hạn chế trong công việc?

Có (vui lòng liệt kê bên dưới)

Không

Bạn có nhận được bất kỳ bồi thường bằng tiền cho bất kỳ thương tích trong công việc trước đây?

Có(giải thích)

Không

Bạn có bất cứ thương tật khác hoặc các bệnh nghiêm trọng? (vui lòng liệt kê ngày) (ví dụ tai nạn xe, gãy xương, chấn thương thể thao, bệnh tiểu đường, viêm khớp bệnh hen suyễn, ung thư)

- Có (giải thích)  
 Không

Bạn có bất kỳ phẫu thuật nào trước đây cho những thương tật trên?

- Có (giải thích)       Không

Bạn có bất cứ khuyết tật hoặc các vấn đề sức khoẻ liên tục từ những vết thương đã đề cập ở trên?

- Có (giải thích)  
 Không

**THÔNG TIN KHÁC**

Có công ty bảo hiểm hoặc đại diện của họ đã cố gắng liên lạc với bạn hoặc bạn đã ký bất kỳ văn bản nào?

- Có (giải thích)       Không

Họ có cung cấp một đề xuất giải quyết không?

- Có (giải thích)       Không

Bạn đã nhận bất kỳ thanh toán hay kiểm tra xác định “Khuyết tật vĩnh viễn”, “Khuyết tật một phần vĩnh viễn”, hoặc “Khuyết tật vĩnh viễn tạm thời”?

- Có (giải thích)  
 Không

Bạn đã từng nhận được thanh toán “Khuyết tật tạm thời”?

- Có( Bạn đã nhận được chưa?)  
 Không (qua câu hỏi tiếp theo)

Bạn vẫn đang nhận thanh toán Khuyết tật tạm thời?

Có

Không (giải thích tại sao họ dừng trả trong trang sau)

Bạn đã được trả cho TẤT CẢ thời gian bạn không thể làm việc?

Có

Không

Bạn đã nhận thanh toán Bảo hiểm  
Khuyết tật của tiểu bang?

Có (liệt kê lượng tiền)

Không

Bạn đã nộp đơn cho thanh toán Bảo hiểm Xã hội Khuyết tật  
(SSDI)?

Có (giải thích, bạn vẫn đang nhận thanh toán?)

Không

Bạn đang nộp đơn và/hoặc nhận bất kỳ lợi ích khác liên quan đến thương tật do làm việc của bạn?

Có (giải thích)

Không

Bạn đã tham khảo ý kiến một luật sư khác về chấn thương làm việc này hay bệnh tật trước  
ngày hôm nay?

Có (liệt kê thông tin)

Không (qua câu hỏi tiếp theo)

Lý do cho việc tư vấn trước: (như bên thứ ba, chấm dứt sai trái, phân biệt đối xử, thiết bị lỗi, sơ suất y tế)

Bạn đã điền đơn cho EEOC hoặc/và yêu cầu bồi thường ADA?

Có (giải thích)

Không

Bạn đã nộp đơn Khiếu nại liên hiệp (Union Grievance)?

Có (giải thích)

Không

---

### THÔNG TIN Y TẾ

Bạn vẫn đang gặp bác sĩ và nhận chăm sóc y tế?

Có

Không

Ai là bác sĩ điều trị hiện tại của bạn?

Địa chỉ

Ai đưa bạn đến với bác sĩ điều trị hiện tại của bạn?

Bên sử dụng lao động

Hãng bảo hiểm

Lựa chọn cá nhân

Nếu bạn được yêu cầu lựa chọn bác sĩ hiện tại, bạn sẽ lựa chọn từ:

Danh sách hoặc mẫu giới thiệu từ công ty bảo hiểm

Giới thiệu từ bác sĩ khác hoặc chuyên gia y tế

Giới thiệu cá nhân hoặc kiến thức cá nhân của bác sĩ

Bạn có kế hoạch vẫn tiếp tục điều trị với bác sĩ hiện tại trong suốt quá trình điều trị?

Có

Không

Bạn có phải phẫu thuật cho thương tật?

Có (giải thích)

Phẫu thuật đã được đề nghị hoặc theo lịch trình?

Có

Không

Không

Bạn có bất kỳ loại bảo hiểm y tế, bảo hiểm nhóm lao động hoặc bảo hiểm y tế của riêng bạn không?

Có

Không

Tên

# Ai đã trả cho khoản điều trị y tế, kiểm tra và thuốc liên quan đến thương tật do làm việc của bạn?

Chính bạn

Khác

Bảo hiểm y tế của bạn hoặc bảo hiểm y tế của người bạn đời của bạn

Hỗ trợ y tế (Medical)

Khoản nợ y tế

Bạn có đang gặp phải vấn đề về hoá đơn y tế phải trả hoặc vấn đề về điều trị y tế nhận được?

Có (giải thích)

Không

Bạn đã được cho lựa chọn của Người đánh giá y tế đủ điều kiện (QME) hoặc một bảng liệt kê các bác sĩ được thẩm định cho bạn lựa chọn?

Có (Bạn đã lựa chọn từ danh sách? Nếu có vui lòng cung cấp tên)

Không

Bạn đã có cuộc gặp mặt với bác sĩ QME?

Có (khi nào?)

Không

Xin liệt kê một người liên lạc bổ sung (Không sống chung với bạn) mà chúng tôi có thể gọi điện thoại hoặc liên lạc trong trường hợp khẩn cấp:

Tên  Quan hệ

Địa chỉ  Điện thoại #

Bạn đã nghe về công ty chúng tôi?

Tiếng Anh là ngôn ngữ chính của bạn?  Có  Không (liệt kê)

Nếu Tiếng Anh không phải ngôn ngữ chính của bạn, bạn cảm thấy bạn cần một thông dịch viên cho quá trình tố tụng?  Có

Không

**LƯU Ý:** Nếu bạn cảm thấy bạn thật sự không đọc, nói và viết tiếng Anh hiệu quả, một thông dịch viên có thể được sắp xếp cho thủ tục tố tụng pháp lý, ký và đánh giá y khoa ... NHƯNG hiểu rằng bạn sẽ được yêu cầu mang theo một người bạn, thành viên gia đình hoặc một người khác cho tất cả các cuộc gặp của bạn với luật sư của bạn hoặc liên hệ khác với văn phòng này, người đó phải có khả năng nói, đọc và viết Tiếng Anh một cách hiệu quả, bạn cũng phải cung cấp tên và điện thoại liên lạc của một người nào đó nói tiếng Anh mà văn phòng này có thể liên hệ qua điện thoại về trường hợp của bạn.

Vui lòng ký đồng ý:

### PHỤ LỤC THÔNG TIN Y TẾ

Điều trị:

Bác sĩ/Bệnh viện  Địa chỉ

Thành phố/Tiểu bang  Điện thoại

Bác sĩ/Bệnh viện  Địa chỉ

Thành phố/Tiểu bang  Điện thoại

Bác sĩ/Bệnh viện  Địa chỉ

Thành phố/Tiểu bang  Điện thoại

Bác sĩ/Bệnh viện  Địa chỉ

Thành phố/Tiểu bang  Điện thoại

MRI, X-Ray, làm việc ở Lab:

Bác sĩ/Bệnh viện  Địa chỉ

Thành phố/Tiểu bang  Điện thoại

Bác sĩ/Bệnh viện  Địa chỉ

Thành phố/Tiểu bang  Điện thoại

Bác sĩ/Bệnh viện  Địa chỉ

Thành phố/Tiểu bang  Điện thoại

Bác sĩ/Bệnh viện  Địa chỉ

Thành phố/Tiểu bang  Điện thoại

Tư vấn, Đánh giá:

Bác sĩ/Bệnh viện

Thành phố/Tiểu bang

Bác sĩ/Bệnh viện

Thành phố/Tiểu bang

Bác sĩ/Bệnh viện

Thành phố/Tiểu bang

Bác sĩ/Bệnh viện

Thành phố/Tiểu bang

Địa chỉ

Điện thoại

Địa chỉ

Điện thoại

Địa chỉ

Điện thoại

Địa chỉ

Điện thoại