



اداره کارگران ایالات متحده امریکا
استانداردهای استخدام اداره پذیرش برای
برنامه های جبران کارگران

درخواست برای معاینه و/ یا معالجه

OMB No. 1215-0066	بخش A- تایید و قبول
1. این تایید و رسمیت معاینه و/ یا معالجه تحت عمل جبران خسارت کارگران است که در زیر مشخص شده است: الف. ☐ قانون جبران خسارت کارگران بندر و تخلیه بار ب. ☐ قانون پایگاه های دفاعی د. ☐ قانون وسایل کمکهای مالی غیر تایید شده ج. ☐ قانون بخش خارجی در قاره های دیگر	دستورالعملها برای کارفرما. این طرف فرم بایستی بطور کامل پر شود و توسط یک پزشک بر اساس انتخاب کارمند (بخش 2 رابینید) برای معاینه و/ یا معالجه پر شود که جزو عمل جبران خسارتهای کارگری فدرال است که در کادر سمت راست علامت زده شده، در مورد جراحتهای ناشی از تصادف، بیماری یا مریضی هایی که از کار و در دوره استخدام نتیجه می شود. یا کادر A یا کادر B را در مورد 7 علامت بزنید. نسخه اولیه و حداقل دو نسخه از این فرم به پزشک داده می شود. پزشک باید گزارش پزشکی را کامل کند و صورت حساب اولیه در قبل آن صادر کند، و در مدت 10 روز نسخه اولیه گزارش را به مدیر حوزه و نسخه هایی را به شرکت بیمه یا کارفرما که در مورد 13 به آنها اشاره شده است. گزارشهای منظم مربوط و بعدی بایستی توسط پزشک در فرم LS-204 و/ یا بصورت گزارش توصیفی در صورت درخواست تهیه شود. یک کارفرما نباید پزشکی را که در حال حاضر توسط اداره کارگران برای مراقبت های پزشکی تحت این قانون تایید نشده است، انتخاب کند. پاسخ دادن به این جمع آوری اطلاعات از طرف اشخاص ضروری نیست مگر اینکه آن شماره کنترل OMB معتبر فعلی را نشان دهد. اطلاعات جمع آوری شده برای سرپرستی مراقبتهای پزشکی در مورد جراحتهای کارمندان می باشد و تکمیل این اطلاعات ضروری است (20 CFR 702419).

2. ت. پزشکی تایید شده برای فراهم کردن سرویس پزشکی (ترم "پزشک" شامل دکترهای پزشک (MD) جراحها، پزشکان پا، دندانپزشکان، روانشناسان کلینیکی، چشم پزشکان، پزشکان شکسته بندی و پزشکان ناراحتیهای دست و پا می باشد. پرداخت برای خدمات معالجه دست و پا محدود به هزینه هایی برای معاینات دست و پا، مربوط به تستهای آزمایشگاهی، عکسبرداری با اشعه ایکس برای گزارش یک جابجا شدگی ستون فقرات، و معالجه شامل برگرداندن ستون مهره ها به وضعیت درست که توسط عکسبرداری اشعه ایکس نشان داده می شود. بخش 20 CFR 702404 را ببینید.

3. اسم کارمند (اسم فامیل، اسم، اسم میانی)	4. تاریخ جراحت و زخمی شدن (ماه/روز/سال)	5. کار و شغل
---	---	--------------

چظوری تصادف یا بیماری اتفاق پیش آمده 6. است

7. شما برای ارائه خدمات پزشکی برای کارمندان مطابق موارد زیر تایید شده هستید: الف. ☐ اگر به نظر شما شرایط مربوط به زخمی شدن یا شغل کارمند می باشد، به اداره اطلاع دهید و/ یا معالجه بیمارستانی ضروری را برای مداوای جراحات اعمال نمایید ب. ☐ اگر شما مطمئن نیستید که شرایط یافته شده در معاینه مربوط به جراحت و زخمی شدن می شود، شما مسئول هستید که کارمند را با استفاده از مطالعات گزارشات غیرجراحی مشخص شده معاینه کنید و بایستی بطور صریح در مورد موارد لیست شده در مورد 13 اعمال نظر کنید که آیا ناتوانی و از کار افتادگی در نتیجه آن زخم می باشد. با توجه به نصایح و توصیه های بیشتر شما ممکن است معالجات مهم و جدی بیشتری فراهم کنید از شما درخواست می شود که گزارش کتبی اولین معالجه را در مدت 10 روز به مدیر حوزه در اداره ای که در مورد 12 زیر گفته شده است ثبت کنید (بخش پیشین این فرم را برای دستورالعملها به عنوان گزارش پزشکی و تایید هزینه های خود ارائه نمایید)	
---	--

9. اسم و آدرس کارفرما	8. امضا و عنوان تایید کننده رسمی (همه نسخه هارا امضا کنید)
11. تاریخ تایید (ماه/روز/سال)	10. تلفن (کد منطقه و شماره محلی)
13. اسم و آدرس بیمه کننده یا کارفرمای بیمه کننده که صورتحساب ها و نسخه گزارش به او فرستاده خواهد شد	12. یک نسخه گزارش را بفرستید به: اداره استانداردهای پذیرش استخدام کارگران اداره فدرال ایالات متحده برای برنامه های جبران خسارت کارگران U.S. Department of Labor Employment Standards Administration Office of Workers' Compensation Programs

صورت وضعیت مسئولیت عمومی

مسئولیت گزارش عمومی برای این اطلاعات جمع آوری شده بطور میانگین 65 دقیقه برای هر پاسخ تخمین زده می شود که شامل مشاهده دستورالعملها، جستجوی منابع اطلاعاتی موجود، جمع آوری و نگهداری اطلاعات ضروری، و تکمیل و مشاهده اطلاعات جمع آوری شده می باشد. نکات خود را در مورد این مسئولیت تعیین شده و یا هر نوع جمع آوری این اطلاعات، شامل پیشنهادات برای کاهش مسئولیت، به اداره کارگران ایالات متحده، بخش جبران خسارت اتاق C4315 خیابان کانستیتوشن 200، NW، واشنگتن 20210 بفرستید. فرم تکمیل شده را به این اداره نفرستید

این ترجمه توسط شرکت بیمه CNA برای استفاده خود (تقاضا کننده ها/ بیمه شده ها) برای تکمیل و پر کردن توسط شرکت بیمه CNA تهیه شده است.

بخش B- ارائه گزارش پزشکی در مورد جراحی و معالجه

دستورالعملهای برای پزشک: این گزارش اولیه بایستی در مدت 10 روز تکمیل و تایید شود. نسخه اصلی آن به مدیر حوزه پست شود (مورد 12 رابرای آدرس ببینید) و یک نسخه دیگر به شرکت لیست شده در مورد 13 فرستاده شود. گزارشهای بعدی باید بطور منظم در فرم LS-204 و/یا بصورت توصیفی هنگامی که کارکن در مراقبت شماسیت تهیه شوند. لطفا بخش 7 را در جلو این فرم بخوانید. شماره سری شهروندی شما اختیاری است و فقط برای تایید هویت شما می باشد

14. چه سابقه ای از جراحی و بیماری کارگر داده است؟

15. آیا سابقه و شواهدی از جراحتهای و بیماریها یا آسیب دیدگیهای قبلی موجود است؟

☐ نه ☐ بلی۔ لطفا توضیح دهید

16. یافته ها و نتایجی که شما بدست آورده اید چه چیزی را نشان می دهند؟ شامل نتایج عکسبرداری اشعه ایکس، تستهای آزمایشگاهی، و غیره؟

18. آیا شما قبول دارید که شرایط و وضعیت ایجاد شده در اثر فعالیتهای شغلی ایجاد شده است؟ (لطفا پاسخ خود را در صورتی که تردید دارید توضیح دهید)

☐ بله ☐ نه

19. الف. آیا جراحی به بستری شدن نیاز دارد؟ ☐ نه ☐ بلی- موارد ب. د. ج را کامل کنید ب. اسم بیمارستان	20. آیا بستری شدن و مراقبتهای بیمارستانی بیشتری مورد نیاز است؟ ☐ بلی ☐ نه
--	---

د. تاریخ تایید (ماه/روز/سال)

ج. تاریخ مرخصی

21. جراحی (اگر موردی باشد توضیح دهید)	22. تاریخی که جراحی انجام شد (ماه/ روز/ سال)
---------------------------------------	--

23. چه نوع معالجه غیر از بستری شدن و جراحی فراهم کرده اید؟	24. جراحت چه تأثیرات دائمی دارد ، اگر موردی وجود داشته باشد، آیا شما آن را پیش بینی می کنید؟
--	--

25. تاریخ اولین معاینات (ماه/روز/سال)	26. تاریخ(های) معالجات(ماه/روز/سال)	27. تاریخ خاتمه معالجات (ماه/روز/سال)
---------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

28. مدت ناتوانی و از کار افتادگی) اگر تاریخ خاتمه نامعلوم باشد- مشخص کنید)	29. تاریخی که کارگر قادر به شروع کار باشد(ماه/روز/ سال)
از کار افتادگی کلی	برای کار سبک
از کار افتادگی جزئی	برای کار منظم

30. اگر کارگر قادر به شروع دوباره کار باشد توصیه و نصیحت برای او ضروری است؟ ☐ نه ☐ بلی تاریخ توصیه را مشخص کنید(ماه/ روز/ سال)

31. اگر کارگر قادر به شروع دوباره کار فقط کار سبک باشد ، محدودیت جسمانی و نوع کاری را که بطور مناسبی که برای اوبا توجه به این محدودیت ها تعیین می شود را مشخص کنید

32. یادآوریها و توصیه ها برای مراقبت در آینده، اگر لازم باشد

33. آیا شما متخصص هستید؟ ☐ نه ☐ بلی- تخصص خود را مشخص کنید

34. امضا و اسم تایپ شده پزشک	35. آدرس (پلاک، خیابان، شهر، ایالت، کد پستی)	36. شماره سری شهروندی پزشک
------------------------------	--	----------------------------

37. تاریخ این گزارش (ماه/ روز/ سال)

38. صورتحساب پزشکی (هزینه ها برای خدماتی که در قسمت زیر یا دفتر صورتحساب شما منظور شده اند)

مقدار		قیمت واحد		تعداد	خدمات و سرویس ها بایستی بصورت موردی نوشته شوند	تاریخ یا مدت معالجه
		بر	هزینه			
		کل				

این ترجمه توسط شرکت بیمه CNA برای استفاده خود (تقاضا کننده ها/ بیمه شده ها) برای تکمیل و پر کردن توسط شرکت بیمه CNA تهیه شده است.