

एजेन्सीले मात्र भर्ना पाउने
(FOR AGENCY USE ONLY)

Claim Number

Claim Examiner / Representative

निर्देशनहरू:

- कामको शिफ्टको अन्त्यमा वा चोटपटक लागेको २४ घण्टा भित्र पूरा गर्नुहोस् ।
- कुनै पनि प्रश्नहरू एजेन्सीको कर्मचारी क्षतिपूर्ति समन्वयक (**Worker's Compensation Coordinator**) लाई सोध्नुहोला ।

कर्मचारी नाम:	बोलाइने नाम:	Empl ID:	घटनाको मिति:	घटनाको समय:	AM/PM
कामको ईमेल:	घरको वा मोबाइल फोन नम्बर:	सुपरभाईजरको नाम:	सुपरभाईजरलाई खबर गरिएको मिति:		
के मेडिकल उपचार आवश्यक भयो ? First aid मात्र काम गर्न नपाएको समय	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होईन <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होईन <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होईन	काम गरेको अन्तिम मिति (MM/DD/YY)	उपचार गर्ने स्वास्थ्यकर्मी/ठाउँको नाम र ठेगाना		
घटना घटेको ठीक ठाउँ (भित्र, बाहिर, भवनको नाम, कोठा, गाडि, आदि)					
तपाईं के गर्दै हुनुहुन्थ्यो र घटना कसरी घट्यो भनेर विस्तृत रूपमा वर्णन गर्नुहोस् । यदि कुनै छन भने, तपाईंलाई कस्तो चोटपटक लाग्यो वा बिमारी भयो ?					
साक्षीहरू (नाम, फोन नम्बर, विभाग)					
चोटपटक लागेको शरीरको अङ्ग (लागू हुने सबै चयन गर्नुहोला र उपयुक्त ठाउँमा गोलो लगाउनुहोला) (हातको बुढी औंला = औंला १, खुट्टाको बुढी औंला = खुट्टाको औंला १)					
पेट	दाड माथिल्लो बिचको तल्लो	हातको औंला दाहिने देब्रे १ २ ३ ४ ५	टाउको	मुख	कुम दाहिने देब्रे
गोली गाँठो दाहिने देब्रे	आँखा दाहिने देब्रे	पाउ दाहिने देब्रे	घुँडा दाहिने देब्रे	घाँटी	खुट्टाको औंला दाहिने देब्रे १ २ ३ ४ ५
पाखुरा दाहिने देब्रे	कुहिनी दाहिने देब्रे	हात दाहिने देब्रे	खुट्टा दाहिने देब्रे	नाक	नाडी दाहिने देब्रे
अरू (कृपया व्याख्या गर्नुहोस्) हात र पाखुराका चोटपटकका लागि तपाईंले चलाउनुहुने मुख्य हात कुन हो गोलो लगाउनुहोस्: दाहिने देब्रे					

के तपाईंलाई कहिल्यै पनि उस्तै चोटपटक वा अवस्थाको उपचार गरिएको छ ? <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	यदि छ भने, उपचारको मिति राख्नुहोस्	पहिलेको उपचार गर्ने स्वास्थ्यकर्मी/ठाउँको नाम र ठेगाना
--	------------------------------------	--

कृपया ध्यान दिएर पढ्नुहोला । म प्रमाणित गर्दछु कि माथिका बयानहरू साँचो र सही छन् र मैले बुझेको छु कि कर्मचारी क्षतिपूर्तिको गलत दावी विस्कन्सिन फौजदारी संहिताको उल्लङ्घन हो, जसको परिणामले जरिवाना, कैद वा कामबाट निकालिन पनि सकिन्छ । थप रूपमा मैले बुझेको छु कि तलको मेरो हस्ताक्षरले चिकित्सा, मानसिक स्वास्थ्य र chiropractic प्रदायकहरूलाई सबै चिकित्सा, मानसिक स्वास्थ्य र chiropractic रेकर्डहरू 780 Regent St., Madison, WI 53715 मा रहेको University Of Wisconsin System, Office of Risk Management लाई प्रदान गर्न अधिकार दिनेछ ।

हस्ताक्षर

मिति