**THE COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS**
***Department of Industrial Accidents***
1 Congress Street, Suite 100
Boston, Massachusetts 02114-2017

# 何時填表格101
## 雇主首次報告受傷案/死亡案

此表格应填写当雇员被受伤，或肯定涉嫌一宗的受伤，和无法赚取<u>五天或更多日历天的全额工资</u>（周一至周日）。这是雇主的责任报告一宗涉嫌的受伤，是否雇主同意还是不同意雇员的索赔.

由残疾的第五天计算起, 本表格一定要在7个营业日内被提交
（不包括星期日和法定假日）.

正本签字的表格应该邮寄到工业意外部. 你应该复制3份额外的副本:

- 一份给雇员。
- 一份给您的保险公司。
- 一份给您自己记录

应尽量全面填表格101。下面是更多的指导,填一些选定表格上的框。所有其他有关的框也应该全面填写好.

**框 1 --** 请楚填写或输入雇员的姓，名称， 中间名称的初始字母，如你所知.

**框 5 --** 请楚填写或输入雇员的地址.

**框 5a --** 请楚填写或输入雇员的母语使用母语语言代码在表格后面.

**框 8 --** 请说明雇员被聘用的日期.

**框 9 --** 请说明雇员的出生日期.

**框 10 --** 请楚填写雇员每星期赚取总金额.

**框 11--** 请楚填写或输入您企业的完整名称.

**框 13 --** 请 楚填写您公司的地址。任何正式通知书将被发送到这个地址.

**框 15 --** 请楚填写您工业的编码。编码的目录是在表格背面。如果你不能找到一个合适的编号，采用99.

**框 16 --** 请楚填写劳工赔偿保险运营商的名称(不是卖政策给你的代理人).

**框 18 --** 如果你的公司被工业意外部门认证作为自我保险商，选择是。如果不是，选择否.

**框 20 --** 请输入雇员受伤，或涉嫌受伤的日期。如果你不知道，输入员工工作的最后一天.

**框 20a --**请楚填写或输入索赔编号/劳工赔偿运营商已分配案件档案编号给这项索赔.

**框 23 --** 请输入第一日历日雇员变成残疾人士（全部或一部分），由于他们的受傷.

**框 24 --** 请输入第五日历日雇员变成残疾人士（全部或一部分），由于他们的受傷.

**框 29 --**请说明向你报告已受伤的日期.

**框 31 --** 请说明受伤的代码（S）和身体一部分的代码（S），从表格背面的名单。如果你不能找到一个合适的代码，采用999.

**框 32 --** 请列出任何有关此伤的证人名称.

**框 33 --** 说明是否员工已重返工作岗位.

**框 34 --** 请楚填写日期，雇员返回工作岗位，如适用的话.

**框 37 --**请楚填写筹备表格人的姓名（这个人不能是受伤的雇员）.

**框 39 --**请在这里签名（必须有正本签字在表格上邮寄到工业意外部门.

**框 40 --** 筹备表格的日期应该输入在此空间.

**框 40a --** 请楚填写或输入筹备本表格人的电子邮件地址.