THE COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
Department of Industrial Accidents

1 Congress Street, Suite 100
Boston, Massachusetts 02114-2017

Khi Nào Điền Mâũ 101
Chu Nhân Lần đầu Tiên Báo Cáo Về Sự Bị Thương/ Tử Vong

Mẫu đơn này cần được điền đầy đủ khi một nhân viên bị thương, hoặc khẳng định một chấn thương, và không thể kiếm được tiền lương đầy đủ cho ít nhất năm ngày lịch hoặc nhiều hơn (Ngày Thứ Hai đến Ngày Chủ Nhật). Đây là trách nhiệm của chủ nhân để báo cáo một chấn thương khi được khẳng định, Cho dù chủ nhân có đồng ý về nhân viên yêu cầu bồi thường hay không.

Mẫu đơn này phải được nộp trong vòng bảy (7) kinh doanh ngày (không kể ngày Chủ Nhật và ngày lễ nghỉ hợp pháp),kể từ 5 ngày sau của tình trạng tàn tật.

Các mẫu có chữ ký nguyên bản phải được gửi đến Sở Công Nghiệp Tai Nạn (DIA). Bạn nên cọp dê thêm 3 phần:

- Một phần cho nhân viên.
- Một phần cho hạng bảo hiểm cùa bạn.
- Một phần cho kỷ lục riêng của bạn .

Mẫu 101 nếu có thể ,nên được điền đầy đủ . Dưới đây là hướng dẫn bổ sung cho việc điền vào một số ô lựa chọn trên biểu mẫu. Tất cả các ô khác có liên quan cũng cần được lấp đầy.

Ô 1 -- Xin vui lòng in hoặc điền hộ và tên cuả nhân viên,và tên đệm cuả nhân viên nếu có.

Ô 5 – Xin vui lòng in hoặc điền vào điạ chỉ cuả nhân viên.

Ô 5a -- Xin vui lòng in hoặc điền ngôn ngữ nguồn gốc của nhân viên bằng cách sử dụng mã của ngôn ngữ nguồn gốc trên mặt sau của mẫu.

Ô 8 -- Xin vui lòng điền ngày mà nhân viên được mướn.

Ô 9 – Xin vui lòng điền ngày năm sinh cuả nhân viên.

Ô 10 – Xin vui lòng điền tổng thu nhập của nhân viên trong môĩ tuần.

Ô 11 – Xin vui lòng in hoặc điền đầy đủ tên kinh doanh của bạn.

Ô 13 – Xin in địa chỉ kinh doang đầy đủ. Đây là địa chỉ bất kỳ thông báo chính thức sẽ được gửi đến.

`**Ô 15 --** Xin vui lòng in mã công nghiệp của bạn. Một thư mục mã trên mặt sau của mẫu đơn. Nếu bạn không thể tìm thấy một mã thích hợp, sử dụng 99.

Ô 16 -- Xin vui lòng in tên của nhà cung cấp dịch vụ bảo hiểm bồi thường tai nạn lao động cuả bạn (không phải người đại lý mà bán chính sách).

Ô 18 -- Nếu công ty của bạn được xác nhận bởi DIA là tự doanh nghiệp bảo hiểm, hãy chọn có. Nếu không phải là tự doanh nghiệp bảo hiểm, hãy chọn không có.

Ô 20 -- Xin vui lòng điền ngày nhân viên bị thương, hoặc tổn thương được cáo buộc. Nếu bạn không chắc chắn, đặt vào ngày cuối cùng mà nhân viên làm việc.

Ô 20a -- Xin vui lòng in hoặc nhập số yêu cầu bồi thường / số hồ sơ mà công ty bồi thường tai nạn lao động của bạn đã để dành cho khiếu nại này.

Ô 23 -- Xin vui lòng điền vào ngày đầu tiên cuả ngày lịch mà nhân viên bị tàn tật (đầy đủ hoặc một phần) do bị thương của họ.

Ô 24 – Xin vui lòng điền vào ngày thứ năm cuả ngày lịch mà nhân viên bị tàn tật .

Ô 29 -- Xin cho biết ngày chấn thương đã được báo cáo cho bạn.

Ô 31 -- Xin vui lòng cho biết mã chấn thương (s) và mã bộ phận cơ thể (s), từ các mã ở mặt sau của mẫu đơn. Nếu bạn không thể tìm thấy một mã thích hợp, sử dụng 999.

Ô 32 -- Xin vui lòng liệt kê tên của bất kỳ các nhân chứng mục kích đến thương tích này.

Ô 33 – Cho biết nhân viên đã có trở lại làm việc hay không.

Ô 34 – Xin in ngày nhân viên đã phục hồi công việc.

Ô 37 – Xin in tên của người sửa soạn mẫu này.

Box 39 – Xin ký tên ở đây (Mẫu chánh phải gửi cho DIA).

Box 40 – Ngày mẫu được sửa soạn phải được biên xuống tại nay .

Box 40a – Xin in hoặc điền địa chỉ thư điện cuả người sửa soạn mẫu này.