

## MẪU PHIẾU QUYỀN LỢI BẢO HIỂM THAY ĐỔI VIỆC LÀM KHÔNG CHUYỂN NHƯỢNG ĐỐI VỚI TAI NẠN NGHỀ NGHIỆP XẢY RA VÀO HOẶC SAU NGÀY 1/1/13

Đây là phiếu quyền lợi bảo hiểm thay đổi việc làm không chuyển nhượng trị giá \$6.000 để thanh toán chi phí đào tạo lại và/hoặc nâng cao tay nghề liên quan đến giáo dục. Phiếu này có thể sử dụng cho dịch vụ giáo dục, tư vấn và/hoặc đào tạo. Quý vị có thể trình phiếu này cho một trường công hoặc nhà cung cấp được tiểu bang chứng nhận tại California trên Danh sách nhà cung cấp đào tạo đủ điều kiện, tại <http://etpl.edd.ca.gov> và nhà trường sẽ hoàn tiền ngay khi nhận được hóa đơn của cơ quan thẩm định yêu cầu bồi thường bảo hiểm. Quý vị cũng có thể trình phiếu này cho cố vấn mà quý vị có thể chọn từ danh sách trên trang web của Ban bồi thường tai nạn lao động ("DWC") tại: [http://www.dir.ca.gov/dwc/SJDB/VRTWC\\_list.pdf](http://www.dir.ca.gov/dwc/SJDB/VRTWC_list.pdf).

Phiếu này có thể áp dụng cho bất kỳ chi phí nào sau đây theo lựa chọn của nhân viên bị thương:

- (1) Đào tạo lại hoặc nâng cao tay nghề liên quan đến giáo dục hoặc cả hai, tại một trường công ở California hoặc với một nhà cung cấp được chứng nhận và có trên Danh sách nhà cung cấp đào tạo đủ điều kiện, bao gồm thanh toán học phí, phí, sách vở và các chi phí khác do nhà trường yêu cầu cho việc đào tạo lại hoặc nâng cao tay nghề.
- (2) Phí cấp bằng hành nghề hoặc chứng chỉ nghề, phí thi cử liên quan và phí khóa học chuẩn bị thi.
- (3) Dịch vụ của các công ty tuyển dụng, hướng nghiệp hoặc tư vấn đi làm lại có giấy phép, cũng như chuẩn bị hồ sơ xin việc, tất cả lên đến giới hạn là \$600.
- (4) Dụng cụ bắt buộc theo chương trình đào tạo hoặc giáo dục mà nhân viên đăng ký.
- (5) Trang thiết bị máy tính bao gồm màn hình, phần mềm, thiết bị kết nối mạng, bàn phím, chuột, máy in và máy tính bảng trị giá tối đa \$1.000 được gửi kèm theo giấy tờ phù hợp (trang 4 của bộ tài liệu này). Chủ lao động có thể cho nhân viên quyền chọn nhận trang thiết bị máy tính trực tiếp từ chủ lao động. Nhân viên sẽ không được hoàn tiền cho thiết bị chơi trò chơi hoặc bất kỳ phương tiện giải trí nào.
- (6) Khoản hoàn tiền hoặc tạm ứng tối đa \$500 cho chi phí khác, phải thanh toán khi có yêu cầu (bằng cách gửi trang 3 của bộ tài liệu này qua email hoặc thư thường) mà không cần chứng từ hoặc kế toán liệt kê từng khoản. Nhân viên không được hưởng bất kỳ khoản thanh toán trên phiếu nào khác cho chi phí vận chuyển, đi lại, sử dụng điện thoại hoặc Internet, trang phục hoặc đồng phục, hoặc các chi phí phát sinh.

Vì quý vị đã nhận được Phiếu này và không thể trở lại công việc bình thường, quý vị có thể đủ điều kiện hưởng Quyền lợi bảo hiểm đi làm lại. Quý vị phải đăng ký trong vòng một năm kể từ ngày Phiếu này được tổng đạt cho quý vị. Quý vị phải có một bản sao của Phiếu này cần để đăng ký Quyền lợi bảo hiểm đi làm lại. Chi tiết về chương trình Quyền lợi bảo hiểm đi làm lại có trên trang web của Sở Quan hệ lao động: [www.dir.ca.gov](http://www.dir.ca.gov) hoặc bằng cách gọi số 510-286-0787.

Nếu quý vị thanh toán các chi phí đủ điều kiện, quý vị có thể được hoàn trả các chi phí này khi gửi biên lai cho đơn vị quản lý yêu cầu bồi thường bảo hiểm để đề nghị hoàn tiền. Khoản thanh toán hoàn trả phải do đơn vị quản lý yêu cầu bồi thường bảo hiểm thực hiện trong vòng 45 ngày dương lịch kể từ khi nhận phiếu, biên lai và giấy tờ.

Nếu quý vị quyết định tự rút khỏi chương trình, quý vị có thể không được hưởng khoản hoàn tiền đầy đủ của phiếu.

Nếu có bất đồng về phiếu này, nhân viên hoặc đơn vị quản lý yêu cầu bồi thường bảo hiểm có thể nộp Mẫu đơn DWC-AD 10133.55 "Request for Dispute Resolution before the Administrative Director" (Yêu cầu giải quyết bất đồng trước Giám đốc hành chính) cho Giám đốc hành chính, Ban bồi thường tai nạn lao động, Hộp thư 420603, San Francisco, CA 94142-0603.

Nếu quý vị có câu hỏi hoặc cần thêm thông tin, quý vị có thể liên hệ với chủ lao động của mình hoặc đơn vị quản lý yêu cầu bồi thường bảo hiểm. Quý vị cũng có thể liên hệ với Viên chức phòng thông tin và hỗ trợ DWC ("I&A"). Quý vị có thể tìm thông tin liên hệ của I&A tại: <http://www.dir.ca.gov/dwc/ianda.html>.

Đơn vị quản lý yêu cầu bồi thường bảo hiểm điền vào mục này

Họ nhân viên \_\_\_\_\_ Tên nhân viên \_\_\_\_\_ Viết tắt tên đệm \_\_\_\_\_

Đơn vị quản lý yêu cầu bồi thường bảo hiểm \_\_\_\_\_ Đại diện yêu cầu bồi thường bảo hiểm \_\_\_\_\_

Địa chỉ gửi thư về yêu cầu bồi thường bảo hiểm \_\_\_\_\_

Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ Mã bưu chính \_\_\_\_\_ Số yêu cầu bồi thường bảo hiểm \_\_\_\_\_

Số điện thoại yêu cầu bồi thường bảo hiểm \_\_\_\_\_ Địa chỉ email yêu cầu bồi thường bảo hiểm (tùy chọn) \_\_\_\_\_ Ngày bị thương \_\_\_\_\_

Phiếu này sẽ không sử dụng được sau khi hết hạn. Quý vị phải gửi tất cả yêu cầu bồi thường bảo hiểm đối với các chi phí và khoản hoàn tiền cho cơ quan thẩm định yêu cầu bồi thường bảo hiểm trước ngày hết hạn.

Ngày phiếu hết hạn: \_\_\_\_\_

THÁNG/NGÀY/NĂM

Cố vấn hướng nghiệp đi làm lại (nếu có) (do nhân viên điền)

Nếu quý vị sẽ sử dụng dịch vụ của cố vấn hướng nghiệp đi làm lại và/hoặc trường/nhà cung cấp đào tạo, vui lòng điền vào phần cuối của trang này và gửi cho đơn vị quản lý yêu cầu bồi thường bảo hiểm qua bưu điện.

Họ \_\_\_\_\_ Tên \_\_\_\_\_ Viết tắt tên đệm \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Thành phố: \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ Mã bưu chính \_\_\_\_\_

Số điện thoại \_\_\_\_\_ Số tiền dùng cho tư vấn (không quá \$600): \$ \_\_\_\_\_

Chi tiết trường hoặc nhà cung cấp đào tạo (nếu có) (do nhân viên điền)  
Tên nhà cung cấp \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Thành phố: \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ Mã bưu chính \_\_\_\_\_

Số điện thoại \_\_\_\_\_ Phí đào tạo: \$ \_\_\_\_\_

Nhân viên bị thương phải ký và điền ngày vào mẫu phiếu này

Chữ ký: \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

THÁNG/NGÀY/NĂM

**YÊU CẦU CHO CHI PHÍ KHÁC**  
**MẪU PHIẾU QUYỀN LỢI BẢO HIỂM THAY ĐỔI VIỆC LÀM KHÔNG CHUYÊN NHƯỢNG**

Đơn vị quản lý yêu cầu bồi thường bảo hiểm điền vào mục này

Họ nhân viên	Tên nhân viên	Viết tắt tên đệm	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Đơn vị quản lý yêu cầu bồi thường bảo hiểm	Đại diện yêu cầu bồi thường bảo hiểm		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Địa chỉ gửi thư về yêu cầu bồi thường bảo hiểm			
<hr/>			
Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu chính	Số yêu cầu bồi thường bảo hiểm
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Địa chỉ email yêu cầu bồi thường bảo hiểm			Ngày bị thương
<input type="text"/>			<input type="text"/>

Tôi yêu cầu hoàn tiền hoặc tạm ứng \$500 cho chi phí khác.

Chữ ký của nhân  
viên bị thương:

Ngày

THÁNG/NGÀY/NĂM

Nếu quý vị muốn yêu cầu chi phí khác, vui lòng hoàn tất mẫu đơn này và gửi cho cơ quan thẩm định yêu cầu bồi thường bảo hiểm. Nếu địa chỉ email đã được cung cấp, quý vị có thể gửi mẫu đơn này qua email, nếu không, vui lòng gửi mẫu đơn này cho cơ quan thẩm định yêu cầu bồi thường bảo hiểm qua bưu điện. Quý vị sẽ không được hưởng bất kỳ khoản thanh toán theo phiếu nào khác cho chi phí vận chuyển, đi lại, sử dụng điện thoại hoặc Internet, trang phục hoặc đồng phục hay các chi phí phát sinh.

Nếu quý vị đang yêu cầu hoàn trả chi phí mua máy tính, vui lòng gửi Yêu cầu mua trang thiết bị máy tính (trang 4 kèm theo giấy tờ phù hợp cho cơ quan thẩm định yêu cầu bồi thường bảo hiểm qua bưu điện.

Nếu quý vị đang yêu cầu hoàn trả học phí, phí, sách vở và/hoặc dụng cụ, vui lòng gửi Yêu cầu hoàn trả chi phí (trang 5) kèm theo giấy tờ phù hợp cho cơ quan thẩm định yêu cầu bồi thường bảo hiểm qua bưu điện. Các khoản thanh toán phải do cơ quan thẩm định yêu cầu bồi thường bảo hiểm thực hiện trong vòng 45 ngày dương lịch kể từ ngày nhận yêu cầu.

**YÊU CẦU MUA TRANG THIẾT BỊ MÁY TÍNH**  
**MẪU PHIẾU QUYỀN LỢI BẢO HIỂM THAY ĐỔI VIỆC LÀM KHÔNG CHUYÊN NHƯỢNG**

Đơn vị quản lý yêu cầu bồi thường bảo hiểm điền vào mục này

Họ nhân viên	Tên nhân viên	Viết tắt tên đệm	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Đơn vị quản lý yêu cầu bồi thường bảo hiểm	Đại diện yêu cầu bồi thường bảo hiểm		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Địa chỉ gửi thư về yêu cầu bồi thường bảo hiểm			
<hr/>			
Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu chính	Số yêu cầu bồi thường bảo hiểm
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Số điện thoại yêu cầu bồi thường bảo hiểm		Ngày bị thương	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Tôi yêu cầu tổng cộng \$

- Biên lai của trang thiết bị đã mua được đính kèm để yêu cầu hoàn tiền.
- Hóa đơn viết tay được đính kèm.
- Tôi chấp nhận đề nghị lắp trang thiết bị máy tính của đơn vị quản lý yêu cầu bồi thường bảo hiểm/chủ lao động. (Nếu có đề nghị.)

Chữ ký của nhân viên bị thương:  Ngày   
THÁNG/NGÀY/NĂM

Quý vị được cấp tối đa \$1.000 khi mua trang thiết bị máy tính, bao gồm màn hình, phần mềm, thiết bị kết nối mạng, bàn phím, chuột, máy in và máy tính bảng. Quý vị không được hoàn trả chi phí mua thiết bị chơi trò chơi hoặc bất kỳ phương tiện giải trí nào.

Nếu trang thiết bị máy tính sẽ được cung cấp trực tiếp cho quý vị, chủ lao động của quý vị phải cung cấp trang thiết bị máy tính cùng với chứng từ về chi phí của trang thiết bị máy tính trong vòng 45 ngày kể từ ngày nhận Yêu cầu mua trang thiết bị máy tính này.

Khoản thanh toán học phí, phí, sách vở và dụng cụ cũng có thể được hoàn trả bằng cách gửi mẫu đơn trên trang 5.

Nếu quý vị đã yêu cầu \$500 cho các chi phí khác, quý vị không sẽ không được hoàn trả chi phí vận chuyển, đi lại, sử dụng điện thoại hoặc Internet, trang phục, đồng phục hoặc các chi phí phát sinh.

**YÊU CẦU HOÀN TRẢ CHI PHÍ**  
**MẪU PHIẾU QUYỀN LỢI BẢO HIỂM THAY ĐỔI VIỆC LÀM KHÔNG CHUYÊN NHƯỢNG**

Đơn vị quản lý yêu cầu bồi thường bảo hiểm điền vào mục này

Họ nhân viên	Tên nhân viên	Viết tắt tên đệm	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Đơn vị quản lý yêu cầu bồi thường bảo hiểm	Đại diện yêu cầu bồi thường bảo hiểm		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Địa chỉ gửi thư về yêu cầu bồi thường bảo hiểm			
<hr/>			
Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu chính	Số yêu cầu bồi thường bảo hiểm
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Số điện thoại yêu cầu bồi thường bảo hiểm			Ngày bị thương
<input type="text"/>			<input type="text"/>

Tôi yêu cầu tổng cộng \$  để hoàn trả các chi phí. Cần đính kèm biên lai hoàn chỉnh hoặc giấy tờ khác.

Chữ ký của nhân viên bị thương:  Ngày   
THÁNG/NGÀY/NĂM

Nếu quý vị muốn yêu cầu hoàn trả học phí, phí, chi phí sách vở và dụng cụ, vui lòng điền vào trang này và gửi kèm theo giấy tờ chứng minh chi phí của quý vị cho cơ quan thẩm định yêu cầu bồi thường bảo hiểm qua bưu điện.

Nếu quý vị đã yêu cầu \$500 cho các chi phí khác, quý vị không sẽ không được hoàn trả chi phí vận chuyển, đi lại, sử dụng điện thoại hoặc Internet, trang phục, đồng phục hoặc các chi phí phát sinh.

Đối với chi phí mua trang thiết bị máy tính, vui lòng điền vào Yêu cầu mua trang thiết bị máy tính (trang 4) và gửi kèm theo giấy tờ phù hợp cho cơ quan thẩm định yêu cầu bồi thường bảo hiểm qua bưu điện.

## BẢNG CHỨNG TỔNG ĐẠT

Vào \_\_\_\_\_, tôi đã tổng đạt (các) tài liệu nêu trên: Phiếu quyền lợi bảo hiểm thay đổi việc làm không chuyển nhượng đối với tai nạn nghề nghiệp xảy ra vào hoặc sau ngày 1/1/13 (Mẫu đơn DWC - AD 10133.32) đối với số yêu cầu bồi thường bảo hiểm \_\_\_\_\_ cho các bên dưới đây:

Tên của người lao động bị thương:

Địa chỉ:

Số ADJ:

Tên (các) luật sư:

Tên công ty:

Địa chỉ:

\_\_\_\_\_ bằng cách đặt bản sao thực của các tài liệu này trong phong bì kín đã thanh toán toàn bộ bưu phí, gửi qua bưu điện Hoa Kỳ.

\_\_\_\_\_ bằng cách tổng đạt riêng.

Tôi tuyên bố sẵn sàng chịu phạt nếu khai man theo Luật của tiểu bang California là các chi tiết tôi nêu trong đơn này là thật và chính xác.

Được thực thi vào \_\_\_\_\_ tại \_\_\_\_\_, CA.

Chữ ký của người tổng đạt hồ sơ: \_\_\_\_\_

Tên viết hoa: \_\_\_\_\_