

ལས་བྱེད་པའི་ལས་ཐོག་མཉམ་སྲིད་དང་ནད་མནར་ལྷན་སྐྱོན་འགོང་ཤོག

(Employee's Work Injury and Illness Report)

མི་སྣོན་མིན་མཚམས།
མི་སྣོན་མིན་སྐབས་ལྷན་ཆེན་མིའི་སྤྱི་གཞི་འཛུགས།
མི་སྣོན་མིན་སྐབས་ལྷན་ཆེན་མོ། (ལས་ཁྲི་མིན)
UWS/OSLP-1Emp (10/2009)
ཕྱགས་པར་རང་ལག་པར་འབྲི་རྟོགས།

མི་ཚན་རྩིས་འཛུགས་ལྷན་ཁང་གི་ལྷན་ཁང་།
(FOR AGENCY USE ONLY)
Claim Number
Claim Examiner / Representative

ལས་སྐྱོན་གསལ་བཤད།
1 ལས་སྐྱོན་ཐོག་ནས་བཞུགས་ཆུང་དང་ཉེན་རྟོགས་འགོང་ཤོག
2 འགོང་ཆེད་མཉམ་སྲིད་ལྷན་ཆེན་མོ་འགོང་ཤོག
3 འགོང་ཆེད་མཉམ་སྲིད་ལྷན་ཆེན་མོ་འགོང་ཤོག་ལས་བྱེད་པའི་ལས་ཐོག་མཉམ་སྲིད་ལྷན་ཆེན་མོ་འགོང་ཤོག

ལས་བྱེད་ཀྱི་མིང། (ཕྱགས་པར་འཛིན་སྐབས་ཀྱི་མིང་ལྟར)
ལས་ཐོག་ཁ་བར།
སྐྱོན་ཐོག་པའི་དུས་ཚིག།
སྐྱོན་ཐོག་ཉིན་ཚེས།
སྐྱོན་ཐོག་པའི་ལས་ཁུངས་ལྷན་ཁང་།
སྐྱོན་ཐོག་པའི་ལས་ཁུངས་ལྷན་ཁང་།
སྐྱོན་ཐོག་པའི་ལས་ཁུངས་ལྷན་ཁང་།
སྐྱོན་ཐོག་པའི་ལས་ཁུངས་ལྷན་ཁང་།

བདེ་ཤེས་འཛུགས་ལྷན་ཁང་།
ལས་ཐོག་ཁ་བར་ལྷན་ཁང་།
སྐྱོན་ཐོག་པའི་ལས་ཁུངས་ལྷན་ཁང་།
སྐྱོན་ཐོག་པའི་ལས་ཁུངས་ལྷན་ཁང་།
སྐྱོན་ཐོག་པའི་ལས་ཁུངས་ལྷན་ཁང་།
སྐྱོན་ཐོག་པའི་ལས་ཁུངས་ལྷན་ཁང་།

Table with 4 columns: Name, Position, Supervisor, and Date. Includes fields for name, position, supervisor name, and date of injury.

སྐྱོན་ཐོག་པའི་ལས་ཁུངས་ལྷན་ཁང་།
སྐྱོན་ཐོག་པའི་ལས་ཁུངས་ལྷན་ཁང་།
སྐྱོན་ཐོག་པའི་ལས་ཁུངས་ལྷན་ཁང་།
སྐྱོན་ཐོག་པའི་ལས་ཁུངས་ལྷན་ཁང་།

གསལ་བཤད་ལྷན་ཁང་།
ལས་ཐོག་ཁ་བར་ལྷན་ཁང་།
སྐྱོན་ཐོག་པའི་ལས་ཁུངས་ལྷན་ཁང་།
སྐྱོན་ཐོག་པའི་ལས་ཁུངས་ལྷན་ཁང་།

PRIMARY ORGANIZATION CODE
SECONDARY ORGANIZATION CODE
LOSS DESCRIPTION CODES
CAUSE / OCCURRENCE
OBJECT
RESULT
LOCATION
OCCUPATION
OSHA CODES
Incident was OSHA "recordable"?
Name of Authorized Representative
Date

* ལྷན་ཁང་གི་སྐྱོན་ཐོག་པའི་ལས་ཁུངས་ལྷན་ཁང་།
SSN དེ་ལྟར་གསལ་བཤད་ལྷན་ཁང་།
སྐྱོན་ཐོག་པའི་ལས་ཁུངས་ལྷན་ཁང་།
སྐྱོན་ཐོག་པའི་ལས་ཁུངས་ལྷན་ཁང་།