****

**<Укажите название компании>**

<адрес>

<адрес>

<номер телефона>

**Пакет процедур в случае происшествий с сотрудниками**

1. Немедленно сообщите об инциденте своему руководителю.
2. Заполните прилагаемый Отчет о происшествии с сотрудником.
3. Если вы **НЕ** обращаетесь за медицинской помощью к поставщику медицинских услуг, передайте заполненный Отчет о происшествии с сотрудником дежурному менеджеру.
4. Если вы **СОБИРАЕТЕСЬ** обратиться за лечением к поставщику медицинских услуг, вы **ДОЛЖНЫ** предоставить заполненный Отчет о происшествии с сотрудником дежурному менеджеру **И** принести врачу приложенную Форму возврата к работе, **А ТАКЖЕ** проинформировать поставщика медицинских услуг о том, что ваш работодатель **застрахован через Министерство труда и промышленности (L&I)**, придерживается философии «без потери времени» и может предоставить временную работу, доступную при любых ограничениях.
	1. Мы рекомендуем вам обратиться к (Хотя вы можете обратиться к поставщику медицинских услуг на ваше усмотрение):

**<Укажите название ближайшего поставщика медицинских услуг>**

**<адрес>**

**<адрес>**

**<номер телефона>**

**Если это произошло в нерабочее время и необходима немедленная медицинская помощь, обратитесь к ближайшему доступному поставщику медицинских услуг.**

1. Вы должны вернуться к работе сразу же после приема врача с заполненной Формой возврата к работе и предоставить ее вашему руководителю.
2. Если вам будет запрещено работать, ваш руководитель представит вам письмо с предложением о работе и копию заполненной Формы возврата к работе, подписанную поставщиком медицинских услуг.
3. Вы должны связываться с руководителем после каждого приема врача.
4. Вы должны планировать любое лечение во внерабочее время.

Я прочитал и понял настоящую процедуру сообщения о происшествиях, описаную выше, **И**я согласен соблюдать условия и физические ограничения моего освобождения как на работе, так и вне ее, чтобы облегчить мое выздоровление.

Подпись сотрудника: Дата:

## ОТПРАВИТЬ КОПИЮ ERN*WEST* ПО ФАКСУ 877-717-0590 ИЛИ ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ claimsreporting@ERNWest.com

**Работодатель должен сообщить в L&I о любом происшествии, которое привело к летальному исходу, госпитализации, потере глаза или ампутации в течение восьми (8) часов, позвонив по телефону 800.4BE.SAFE.**

## ОТЧЕТ О ПРОИСШЕСТВИИ С СОТРУДНИКОМ

Название компании и место работы: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**АСТЬ I - ЗАПОЛНЯЕТСЯ РУКОВОДИТЕЛЕ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сотрудник: | Должность: | Начало смены: УТРА/ВЕЧЕРА (обведите) |
| Дата происшествия: | Время происшествия: AM / PM (обведите) | Сообщено работодателю: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
| Домашний или почтовый адрес сотрудника: | Домашний телефон: ( ) | Пол: [ ] М [ ] Ж |
| Дата найма: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | Последний полный отработанный день: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_Смена(обведите): День Вечер Ночь  |
| Дата рождения: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |

# PLETED BY SUPERVISOR

1) Были ли прописаны рецептурные препараты? [ ] Да [ ] Нет

2) Потеряет ли сотрудник рабочее время? [ ] Да [ ] Нет

3) Был ли сотрудник переведен на измененную должность? [ ] Да [ ] Нет

4) Был ли работник госпитализирован? [ ] Да [ ] Нет

5) Было ли происшествие смертельным? [ ] Да [ ] Нет

6) Если происшествие было смертельным, укажите дату смерти

|  |
| --- |
| Осмотр |

[ ] Отделение неотложной помощи [ ] Неотложная помощь [ ] Другое

Подробно опишите, что случилось с сотрудником (укажите конкретные инструменты, материалы, оборудование и т.д.)

Какие конкретные корректирующие действия были предприняты/предпринимаются для предотвращения будущих происшествий, таких как описано выше:

 НИЖЕ ОТМЕТЬТЕ ТРАВМЫ

Сзад





Часть тела (обведите, если применимо, и отметьте все соответсвующие части тела)

Спер

[ ] Голова [ ] Глаза (Л или П) [ ] Ухо

[ ] Нос [ ] Рот [ ] Лицо

# [ ] Шея [ ] Плечо (Л или П) [ ] Рука (Л или П)

# [ ] Локоть (Л или П) [ ] Запястье (Л или П) [ ] Ладонь (Л или П)

# [ ] Палец на руке [ ] Спина [ ] Грудь

# [ ] Живот [ ] Пах [ ] Нога (Л или П)

# [ ] Колено (Л или П) [ ] Лодыжка (Л или П) [ ] Ступня (Л или П)

# [ ] Пальцы на ногах

#

#

**PAYROLL Fill out this section if employee misses more than one day of work.**

1) Rate of Pay \_\_\_\_\_\_\_\_ per mo/wk/hr 2) Days Worked per Week \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3) Hours per Week \_\_\_\_\_\_\_\_

 4) Continue Health Benefits? **(circle)** Y or N 5) Monthly benefits (med/vision) paid $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per mo/wk/hr

# ЧАСТЬ II - ЗАПОЛНЯЕТСЯ СОТРУДНИКОМ

# Заявление сотрудника о том, как произошел инцидент:

# Подписываясь ниже, вы указываете, что 1)этот инцидент произошел во время работы, 2) вы понимаете, что для вас может быть доступна легкая работа, чтобы сразу вернуться к работе, и3) вы разрешаете своему поставщику медицинских услуг или врачу предоставлять любые медицинские записи, связанные с любыми аналогичными или связанными состояниями, которые существовали ранее и/или отрицательно влияли на восстановление после любой травмы, связанной с этим инцидентом, представителю вашего работодателя по предоставлению компенсации работникам .

Подпись сотрудника Дата

Form Completed By: Phone: Date: Title:

OSHA Log case number (transfer the case number from the OSHA 300 log after recording the case)

**РУКОВОДСТВО ПО АНАЛИЗУ ПРОИСШЕСТВИЙ**

Цель анализа происшествия - найти причину происшествия и предотвратить дальнейшие события, а не установить виновных. Для получения объективных выводов необходим объективный подход.

* Если возможно, опросите раненых рабочих на месте происшествия и "произведите реконструкцию" происшествия. Будьте осторожны, чтобы не повторить действие, приведшее к травме.
* Важно соблюдать конфиденциальность во время опросов. Беседуйте со свидетелями по одному. Поговорите со всеми, кто знает об инциденте, даже если они на самом деле не были свидетелями происшествия.
* Запишите имена, адреса и показания свидетелей. Рассмотрите вариант получения подписанных, датированных заявлени, если факты не ясны или имеются какие-либо противоречия.
* При серьезных травмах используйте рисунки, схемы и фотографии для графического документирования деталей. При необходимости произведите измерения.
* Определите обстоятельства, предшествовавшие травме и связанные с ней - каковы были основные и способствующие причины, а также непосредственные причины?
* Какие физические опасности существовали во время инцидента, например, незащищенные проемы, некачественная уборка, скользкие поверхности, торчащие гвозди и т.д.?
* Были ли предоставлены сотруднику или использовались ли им поврежденные инструменты, оборудование или материалы?
* Были ли предоставлены средства индивидуальной защиты (СИЗ)? Были ли СИЗ неисправны, не использовались или использовались ненадлежащим образом? Были ли нужны СИЗ?
* Способствовали ли травмам небезопасные методы работы, включая неправильный подъем, обращение с материалами или отказ оборудования?
* Какие правила техники безопасности или обучение технике безопасности могли бы предотвратить инцидент?
* Если причиной аварии стала третья сторона или неисправный продукт, сохраните все доказательства. Это может иметь решающее значение для возмещения затрат по претензиям.

**Обсуждение анализа происшествия:**

|  |  |
| --- | --- |
| Обсуждали ли вы с руководителем пострадавшего сотрудника подробности происшествия и выясняли ли имена свидетелей? |  |
| Получили ли вы показания (прямые или косвенные) о происшествии/травме от всех свидетелей?  |  |
| Провели ли вы анализ мер безопасности, действовавших на момент травмы? |  |
| Проводили ли вы анализ того, был ли отказ оборудования или механизма и был ли другой человек/сторона (подрядчик и т.д.) фактором, способствовавшим травме/происшествию? |  |
| Проверили ли вы и оценили всю документацию, чтобы определить причину происшествия (включая обстоятельства, предшествовавшие травме)? |  |
| Приняли ли вы меры по внедрению решения, чтобы инциденты такого типа больше не повторялись, например, обучение или инженерный контроль? |  |
| Сообщили ли вы об этом происшествии в Employer Resources Northwest (ERNWest)? |  |
| Был ли сотрудник доставлен в больницу? Был ли смертельный исход, потеря глаза или ампутация? **Если да, вы ДОЛЖНЫ сообщить о происшествии по номеру LNI 800-4BE-SAFE И подготовиься к возможной проверке LNI.** |  |
| Внесли ли вы данное происшествие в журнал УОТ США 300 (если применимо)? |  |

**Worker’s Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Return To Work Form**  **Claim Number \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

We are committed to returning our staff member back to work as soon as medically possible and we need your help! Please give this document back to our employee during your visit with them, they are required to return this to us within one (1) business day so we can try and assist in their rehabilitation by providing modified work. **YOU CAN BILL FOR FILLING OUT THIS FORM BY USING L&I CODE 1074M.**

We have identified multiple modified-duty options for our staff members, please check one. Unless otherwise specified here \_\_\_\_\_\_\_\_ (indicate # of hours per day & days per week), we are assuming this modified duty is approved for 40 hours per week. Below, we have outlined modified jobs we can provide, please check ANY JOB to which our employee is released and cross out any task our employee should not be performing.

**Regular Work**

🞏 **Return to work with no restrictions**

OR

🞏 **Modified Duty – Select one of the following:**

 **🞏 Crew Assistant: Up to 20 pounds**

**Essential Functions -** Individuals employed in this capacity will be responsible for tasks that include but not limited to assists other crew members with obtaining necessary supplies and equipment to successfully complete an assigned project(s) where necessary supplies and equipment are maintained on the work-site. Individual may assist with holding or placing items with/for co-workers. Assists crew members with providing required tools or supplies as needed to expedite the project. Inventories supplies and reports quantities for determining amounts on-hand. Performs necessary housekeeping tasks to keep project area free of debris. Ensures walkways are clear of tripping hazards to ensure garbage, debris, hoses, cables, cords, etc. Ensures safety or warning signs are place correctly and remain in place. Assist with unloading or loading of vehicle with supplies and equipment. These tasks will be repeated throughout the work shift and may include at multiple work sites throughout the day until the work shift completed.

**Standing:** Frequent **Carrying:** 0 - 20 lbs. **Grasping/Handling:** Frequent **(Forceful Occasionally)**

**Sitting:** Rare **Lifting:** 0 - 20 lbs. **Bending/Squatting:** Occasional

**Walking:** Frequent **Push/Pull:** 0 - 20 lbs. **Twisting/Climbing:** Occasional

 **🞏 Supply/Equipment Runner: Up to 15 pounds**

**Essential Functions -** Individuals employed in this capacity will be responsible for tasks that include but not limited to assists operations with obtaining necessary supplies and equipment necessary to successfully complete an assigned project(s) where necessary supplies are obtained, other project locations, or main business location. Verifies type and quality of supplies and materials are correct before departing supplier location and ensuring loaded supplies and materials are safely loaded and the supplies and materials and appropriately secured to the vehicle within physical capacities before leaving the supplier location. Upon arrival at work site removes tie down devices within physical capacities. As vehicle is unloaded, perform necessary work site housekeeping and pick up trash and other material and supplies to be disposed with their physical capacities. Once vehicle is off loaded, if necessary assists with loading of material and supplies that may need to be removed from a work site to be delivered to another. While loading is completed will inventory items to be loaded and annotate type and quantity of supplies and materials being transported. These tasks will be repeated throughout the work shift and may include multiple work sites throughout the day until the work shift completed.

**Standing:** Occasional **Carrying:** 1 - 15 lbs. **Grasping/Handling:** Frequent **(Forceful Seldom)**

**Sitting:** Occasional **Lifting:** 1 - 15 lbs. **Bending/Squatting:** Occasional

**Walking:** Occasional **Push/Pull:** 1 - 15 lbs. **Twisting/Climbing:** Rare

Please see next page 🡪

**🞏 Shop/Site Assistant: 0-10 pounds alternate sit/stand/walk at discretion**

**Essential Functions -** Individuals employed in this capacity will be responsible for tasks in support of the shop staff performing duties which include but are not limited to receive, verify and count incoming orders; inventory raw materials and components; stock materials/supplies using material handling devices; dispense or receive tools and equipment; store/clean/stock tools and equipment after use and ensure scheduled vehicle are loaded with required tools, equipment, and supplies; schedule tool and equipment maintenance; paint or label tools and equipment (company i.d,); sort tooling and hardware; cleaning company vehicles; performing general housekeeping.

**Standing:** Occasional **Carrying:** 1 - 10 lbs. **Grasping/Handling:** Frequent **(Forceful seldom)**

**Sitting:**  Occasional **Lifting:** 1 - 10 lbs. **Bending/Squatting:** Seldom

**Walking:** Occasional **Push/Pull:** 1 - 10 lbs. **Twisting/Climbing:** Rare

**🞏 Administrative Assistant: 0-5 pounds alternate sit/stand/walk at discretion**

**Essential Functions -** Individuals employed in this capacity will be responsible for tasks that include but not limited to working in support of the office staff performing clerical duties which include but are not limited to opening, sorting, and dispensing mail; copying or scanning documents; creating file folders and filing invoices; working on a computer to complete data entry or document preparation; maintains inventory of office supplies and other materials; completes company manual and log updates or corrections as assigned; and performs other related duties as assigned by the direct supervisor.

**Standing:** Occasional **Carrying:** 1 - 5 lbs. **Grasping/Handling:** Frequent **(Not forceful)**

**Sitting:**  Occasional **Lifting:** 1 - 5 lbs. **Bending/Squatting:** Not Required

**Walking:** Occasional **Push/Pull:** 1 - 5 lbs. **Twisting/Climbing:** Not required

# DEFINITIONS

**Rare: 0% - 10%**

Occasional: 11% - 33%

**Frequent: 34% - 66%**

**Constant:**  **67% - 100%**

 ( ) -

Medical Provider Signature  **REQUIRED** Date Medical provider name and phone

***This form should be returned to the injured employee during their appointment to facilitate a quick return to work. If this is not possible, please fax it to 877-717-0590.***

**Return-to-Work Form** {FA2}

\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_, 20\_\_\_

**RE: Заявление L&I №:**

Уважаемый ,

Я рад предложить вам должность которая соответствует вашим текущим физическим возможностям. Работа заключается в . Эта работа доступна на достаточно постоянной основе. На основании объективных медицинских заключений и связанных с ними ограничений могут быть внесены дополнительные изменения. Детали данного предложения регулируются всеми требованиями к найму и трудоустройству и могут включать подтверждение права на трудоустройство и сдачу анализа на наркотики. Подробное описание работы, одобренной вашим лечащим врачом на \_\_\_ \_, 20\_\_ прикреплено для вашего ознакомления. Особенности этого предложения включают, помимо прочего:

1. Вы явитесь на работу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_, 20\_\_ в \_\_\_:\_\_\_ утра/вечера (обведите) по следующему адресу:

1. Ваша смена начнется \_\_\_:\_\_\_ утра/вечера и продлится до \_\_\_:\_\_\_ утра/вечера \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Вы будете работать \_\_\_\_\_ часов в неделю. Это основано на вашей занятости, установленной до даты вашей травмы.
2. **Вы сообщите об этом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ который будет действовать в качестве вашего непосредственного руководителя** и будет проинформирован о ваших физических возможностях.
3. Ваша заработная плата будет составлять\_\_.\_\_\_ долларов в час. Также вы будете получать пособие в соответствии с политикой нашей компании.
4. Если вам назначены дополнительные посещения врача, вы должны осуществлять их в нерабочее время, если это не одобрено руководителем или не запланировано L&I.
5. При необходимости будет проведено обучение, направленное на то, чтобы помочь вам удовлетворительно выполнять порученные обязанности, которые ранее не выполнялись.
6. Если вы испытываете какие-либо трудности при исполнении своих обязанностей; вы должны как можно скорее сообщить о них \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Вы не должны брать на себя выполнение каких-либо задач, выходящих за рамки физических ограничений, установленных лечащим врачом. Если вы добровольно работаете сверх ограничений, предписанных лечащим врачом, будут/могут быть предприняты меры в соответствии с политикой компании.
7. Эти трудовые отношения являются произвольными, что означает, что и мы, как работодатель, и вы, как сотрудник, вправе прекратить эти отношения в любое время по какой-либо причине или без нее.

**После получения этого письма, пожалуйста, свяжитесь со мной, , по телефону ( ) - чтобы принять или отклонить это предложение о работе.** Если я недоступен, пожалуйста, оставьте мне сообщение, поскольку я являюсь единственным уполномоченным человеком, который может принять ваше решение. Эта должность доступна немедленно, если вы захотите вернуться к работе до даты начала.

Министерство труда и промышленности было уведомлено об этом предложении о работе. Установите соответствующий флажок ниже и верните это письмо мне, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, лично или по почте до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_, 20\_\_ в \_\_\_:\_\_\_ утра/вечера. Если вы не явитесь на работу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_, 20\_\_ в \_\_\_:\_\_\_ утра/вечера, это может повлиять на ваше пособие по болезни.

 \_\_\_\_\_ Я ПРИНИМАЮ ЭТО ПРЕДЛОЖЕНИЕ

 \_\_\_\_\_ Я ОТКАЗЫВАЮСЬ ОТ ЭТОГО ПРЕДЛОЖЕНИЯ (может повлиять на льготы L&I)

Подпись сотрудника Дата

С уважением,

Приложение: Описание работы утверждено лечащим врачом

Копия: Менеджер по урегулированию убытков L&I, менеджер по урегулированию убытков ERNwest, Лечащий поставщик медицинских услуг