



Oregon Department of Human Services

**Thương tích Cá nhân  
Không Liên quan đến Xe cộ  
(Non-Vehicle Related Personal Injury)**

**Send original to Personal Injury Liens. Make copy for case record.**

<input type="checkbox"/> Branch  <input type="checkbox"/> PIL	Program	Branch	Case Number	Worker ID
	Case Name			File
	Injured Person's Prime Number		Worker Phone Number	

1. Tên và địa chỉ của người bị thương:

---

2. Ngày bị thương tích/xảy ra tai nạn

3. Quý vị đang là người đi làm vào thời điểm xảy ra tai nạn phải không?

---

4. Địa điểm/địa chỉ nơi thương tích/vụ tai nạn đã xảy ra (gồm cả tên thành phố và tiểu bang)

---

5. Hãy nói rõ những gì đã xảy ra và những thương tích đã phải gánh chịu: (Ghi thêm vào mặt sau của biểu mẫu)

6. Quý vị đã nhận Trợ cấp Mất Lương: <input type="checkbox"/> Đúng <input type="checkbox"/> Không đúng Nếu đúng, số tiền là: \$ _____  Đã nhận Tiền Bồi thường Lao động? Yêu cầu bồi thường số: _____	7. Quý vị đã nộp đơn yêu cầu bồi thường cho những thiệt hại chưa? <input type="checkbox"/> Đã nộp <input type="checkbox"/> Chưa nộp Yêu cầu bồi thường đã được giải quyết hay quyết định chưa? <input type="checkbox"/> Đã xong: \$ _____ <input type="checkbox"/> Chưa xong Ngày: _____	8. Những chi phí y khoa của quý vị có được một công ty bảo hiểm trả không? <input type="checkbox"/> Có: Hợp đồng số _____ Công ty Bảo hiểm _____ <input type="checkbox"/> Không Những chi phí y khoa của quý vị vẫn được công ty bảo hiểm này chi trả chứ? <input type="checkbox"/> Đúng <input type="checkbox"/> Không đúng
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**TRÁCH NHIỆM PHÁP LÝ**

9. Tên luật sư của quý vị	Địa chỉ/thành phố/tiểu bang của luật sư	Số điện thoại của luật sư	
<b>10. NẾU THƯƠNG TÍCH HOẶC TAI NẠN XẢY RA Ở NƠI LÀM VIỆC</b>	Tên của Chủ sử dụng lao động	<b>11. NẾU THƯƠNG TÍCH HOẶC TAI NẠN XẢY RA Ở NƠI LÀM VIỆC</b>	Tên của Người/Tổ chức gây nên Thương tích
	Địa chỉ		Địa chỉ
	Thành phố    Tiểu bang    Mã zip		Thành phố    Tiểu bang    Mã zip
	Số điện thoại		Số điện thoại

**BẢO HIỂM**

<b>12. CÔNG TY BẢO HIỂM XỬ LÝ YÊU CẦU BỒI THƯỜNG</b>	Tên	Số Hợp đồng	Số Yêu cầu
	Địa chỉ	Tên Người giám định	Số điện thoại
	Thành phố    Tiểu bang    Mã zip	Tên Chủ Hợp đồng	

Tôi tuyên bố rằng những thông tin tôi đã cung cấp trên biểu mẫu này là đúng và đầy đủ theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu cố tình cung cấp thông tin sai lệch hoặc che giấu thông tin có thể bị phạt tiền, phạt tù, hoặc cả hai. Nếu tôi không thể cung cấp bằng chứng cho bất cứ thông tin nào trên biểu mẫu này, tôi sẽ cho phép Bộ Dịch vụ Nhân sinh (DHS) liên hệ với những cá nhân hoặc các cơ quan để lấy bằng chứng.

Chữ ký của Người nhận trợ cấp	Ngày	Số điện thoại của Người nhận trợ cấp
-------------------------------	------	--------------------------------------

State Office Use Only	Expense Avoid. Status		Date 451 revd	Injury/Accident		Source	Coverage	Lien File	
	Code	Date		Code	Date			Date	Status

**Mục đích của Biểu mẫu này:**

- Để xác định nếu hiện có những nguồn trợ cấp khác để chi trả cho những chi phí y khoa và/hoặc chi phí sửa chữa do vụ tai nạn/thương tích gây nên.
- Để nộp đơn yêu cầu giữ tài sản để bồi thường cho những thiệt hại do vụ tai nạn/thương tích gây nên.
- Nếu quý vị cần giúp đỡ, hãy liên hệ với nhân viên phụ trách của quý vị.

**Những vùng sậm màu:**

- Sẽ do nhân viên của Bộ Dịch vụ Nhân sinh điền thông tin.

Theo yêu cầu của Luật pháp Tiểu bang Oregon, quý vị phải khai báo tất cả các yêu cầu bồi thường thương tích cá nhân cho chúng tôi.

*Bộ Dịch vụ Nhân sinh (Department of Human Services - DHS) sẽ không phân biệt đối xử với bất kỳ ai. Điều này có nghĩa là DHS sẽ giúp đỡ tất cả những người hội đủ điều kiện. DHS sẽ không từ chối giúp đỡ bất kỳ ai căn cứ vào tuổi tác, chủng tộc, màu da, quốc gia gốc, giới tính, định hướng giới tính, tôn giáo, tín ngưỡng chính trị hoặc có khuyết tật. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại nếu quý vị nghĩ rằng DHS đã phân biệt đối xử với quý vị vì bất cứ lý do nào kể trên.*

**Hãy gửi biểu mẫu về:** Personal Injury Liens  
PO Box 14512  
Salem Oregon 97309