

KOREAN EMPLOYEE'S NOTICE OF TRAUMATIC INJURY AND CLAIM FOR PAY/COMPENSATION

한국인 직원의 부상 통보 및 보상 청구서

OSFK REC 09B-11

EMPLOYEE: Please complete all boxes 1 - 11 below. Do not complete shaded areas. **직원:** 아래 1-11번이 기록된 곳에 부상을 표시 하세요.

RETURNS: Complete bottom section 16. **반환:** 16번을 작성하십시오.

EMPLOYING AGENCY (supervisor or Compensation Specialist) complete shaded boxes A, B, and C. **고용기관(감독관 또는 보상 담당자):** 회색부분 A, B, C를 작성하십시오.

EMPLOYEE DATA 직원에 대한 자료

1. NAME OF EMPLOYEE/Last, First, Middle Initial 성명		2. SSN NUMBER 국민등록번호	
3. DATE OF BIRTH 생년월일 Month Day Year 월 일 년	4. SEX 성별 Male Male Female Female	5. HOME TELEPHONE 가정전화번호	6. GRADE AS OF DATE OF INJURY 부상 당시의 등급 GRADE STEP
7. EMPLOYEE'S HOME MAILING ADDRESS (Include city and zip code) 주민의 집 주소 (우편번호)		8. DEPENDENTS 부양가족 <input type="checkbox"/> Wife, Husband 배우자 <input type="checkbox"/> Children under 18 years old 미성년 자녀 <input type="checkbox"/> Other 기타	

DESCRIPTION OF INJURY 부상에 대한 기술

9. PLACE WHERE INJURY OCCURRED (e.g., 2nd floor, Main Post Office Bldg., 12th & Pine) 부상당한 장소 (예: 서울, 서울의 집안, 12층 차민실)			
10. DATE INJURY OCCURRED 부상 일자 Month Day Year 월 일 년	TIME 시간 A.M. P.M.	11. DATE OF THIS NOTICE 발표 일자 Month Day Year 월 일 년	12. EMPLOYEE'S OCCUPATION 직원의 직종
13. CAUSE OF INJURY (Describe what happened and why) 부상 원인 (무엇이 왜 발생했는지 설명하십시오.)			

14. NATURE OF INJURY (Specify) both the injury and the part of body, e.g., fracture of left leg  
부상의 종류 (구체적) 신체 부위를 정확히 설명하십시오. 예: 왼쪽다리의 골절

15. OCCUPATION CODE 부상 직종		
b. TYPE CODE 유형별 번호	c. SOURCE CODE 제발원 번호	
d. ONCP USE - HD CODE		

EMPLOYEE SIGNATURE 직원 서명

15. I declare, under penalty of law, that the injury described above was sustained in performance of duty as an employee of the United States Government and that it was not caused by my willful misconduct, intent to injure myself or another person, nor by my intoxication. I hereby claim medical treatment, if needed, and the following, as checked below, while disabled for work.  
 I am, however, not claiming compensation for the following, as checked below, while disabled for work.  
 SICK LEAVE 병가  ANNUAL LEAVE 연가  
 OTHER (specify) 기타 (설명하십시오.)  
 Any person who knowingly makes any false statement, misrepresentation, concealment of fact, or any other act of fraud to obtain compensation as provided by the FACA or who knowingly accepts compensation to which that person is not entitled, is subject to felony criminal prosecution and may, under appropriate provisions, be punished by a fine or imprisonment, or both.  
 누구나 부당하고 허위 진술이나 잘못된 진술, 시인된 증거, 또는 사기도 허위 진술 보상을(FACA)에 의한 보상을 받았거나 무자격자가 일한채 보상을 받았을 경우 형사 소추 또는 벌에 처되는 자에 따라 처벌을 받을 수도 있습니다. **END OF EMPLOYEE REPORT** 이식 기록 종료

SIGNATURE OF EMPLOYEE OR PERSON ACTING ON HIS/HER BEHALF 직원 또는 대리인의 서명

WITNESS 증인

16. STATEMENT OF WITNESS (Describe what you saw, heard, or know about this injury) 증인 16번 (대 한 가지에 대해 12, 13, 14번에 대한 설명하십시오.)

NAME OF WITNESS 증인 성명	SIGNATURE OF WITNESS 증인 서명	DATE SIGNED 서명 일자
ADDRESS 주소(우편번호 포함)		

OFFICIAL SUPERVISOR'S REPORT: FEDERAL GOVERNMENT EMPLOYMENT REGISTERED RETAIL

공직 감독자의 보고서: 연방 공무원 고용 등록 소매업

SUPERVISOR'S REPORT 감독자 보고서

17. AGENCY NAME AND ADDRESS OF REPORTING OFFICE (include zip code) 보고 기관 이름 주소 (우편번호 포함)		GNCP AGENCY CODE GNCP 기관 코드
		ZIP CODE (우편번호)
18. EMPLOYEE'S DUTY STATION (agent address and zip code) 직원 근무지 (우편번호 포함)		ZIP CODE (우편번호)
19. REGULAR WORK HOURS 정규 근무 시간 From 시작 <input type="checkbox"/> A.M. 오전 <input type="checkbox"/> P.M. 오후 To: 까지		26. REGULAR WORK SCHEDULE 정규 근무 일정 <input type="checkbox"/> SUN 일 <input type="checkbox"/> MON 월 <input type="checkbox"/> TUE 화 <input type="checkbox"/> WED 수 <input type="checkbox"/> THU 목 <input type="checkbox"/> FRI 금 <input type="checkbox"/> SAT 토 <input type="checkbox"/> SUN 일
21. DATE OF INJURY 부상 일자 Month 월 Day 일 Year 연	22. DATE NOTICE RECEIVED 통보 수령 일자 Month 월 Day 일 Year 연	23. DATE STOPPED WORK 작업 중단 일자 Month 월 Day 일 Year 연 Time 시간 <input type="checkbox"/> A.M. 오전 <input type="checkbox"/> P.M. 오후
24. DATE JOB STOPPED 업무 중단 일자 Month 월 Day 일 Year 연	25. DATE RETURNED TO WORK 작업 복귀 일자 Month 월 Day 일 Year 연 Time 시간 <input type="checkbox"/> A.M. 오전 <input type="checkbox"/> P.M. 오후	
26. WAS EMPLOYEE INJURED IN PERFORMANCE OF DUTY? 근무 중에 업무 수행 중 부상을 입었습니까? <input type="checkbox"/> YES 예 <input type="checkbox"/> NO 아니오 (If "No," explain) (만약 "아니오"라면 설명하십시오.)		
27. WAS INJURY CAUSED BY EMPLOYEE'S WILLFUL MISCONDUCT, INTOXICATION, OR ATTEMPT TO INJURE SELF OR ANOTHER? 고지 의무의 부응에 의해서 부상이 발생했습니까? 고지 의무 위반 또는 자해 또는 타인 해악을 시도했습니까? <input type="checkbox"/> YES (If "Yes," explain) (만약 "예"라면 설명하십시오.) <input type="checkbox"/> NO 아니오		
28. WAS INJURY CAUSED BY THIRD PARTY? 업무가 제 3자 때문인가? <input type="checkbox"/> YES 예 <input type="checkbox"/> NO 아니오 (If "No," give date item 20.) (만약 "아니오"라면 20번 항목을 기재하십시오.)	29. NAME AND ADDRESS OF THIRD PARTY (include zip code) 제 3자 이름 주소 (우편번호 포함)	
30. NAME AND ADDRESS OF PHYSICIAN FIRST PROVIDING MEDICAL CARE (include zip code) 최초로 의료진 처방을 받은 의사 주소 (우편번호 포함)	31. FIRST DATE MEDICAL CARE RECEIVED 최초로 의료진 받은 일자 Month 월 Day 일 Year 연	
32. DO MEDICAL REPORTS SHOW EMPLOYEE IS DISABLED FOR WORK? <input type="checkbox"/> YES 예 <input type="checkbox"/> NO 아니오 (만약 "예"라면 언제 얼마나 장기간에 영향을 주었는지 기재하십시오.)		33. PAY RATE WHEN EMPLOYEE STOPPED WORK 직원이 근무 중단 시의 급여율 M Per
33. DOES YOUR KNOWLEDGE OF THE FACTS ABOUT THIS INJURY AGREE WITH STATEMENTS OF THE EMPLOYEE AND/OR WITNESS? 이 부상에 관하여 당신의 지식은 고지 의무를 받은 직원과 고지 의무를 받은 증인의 진술에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> YES 예 <input type="checkbox"/> NO (If "No," explain) (만약 "아니오"라면 설명하십시오.)		
SIGNATURE OF SUPERVISOR 감독자 서명		
35. A supervisor who knowingly certifies to any false statement, misrepresentation, concealment of facts, etc., in respect to this claim may also be subject to appropriate felony criminal prosecution. 공직 감독자가 고지 의무를 고지 의무를 받은 직원과 고지 의무를 받은 증인의 진술에 동의하지 않는다면, 이 진술은 형사 범죄로 처벌될 수 있습니다. I certify that the information given above and that furnished by the employee on the reverse of this form is true to the best of my knowledge with the following exception: 본 진술은 제 지식이 가능한 한 고지 의무를 받은 직원과 고지 의무를 받은 증인의 진술에 동의하는 것입니다. 단, 다음 사항을 제외합니다.		
NAME OF SUPERVISOR (Type or print) 고지자 성명		
SIGNATURE OF SUPERVISOR 감독자 서명		DATE 일자
SUPERVISOR'S TITLE 고지자 직급		OFFICE PHONE NO. 사무실 전화