

CLAIM FOR COMPENSATION BY WIDOW, WIDOWER, AND/OR CHILDREN

보상 청구서 (부인, 남편, 혹은 자녀용)

(ISSUE AGE 430-81)

1. NAME OF DECEASED EMPLOYEE (Last, first, middle) 사망한 직원의 성명	2. DATE OF BIRTH (Mo., day, year) 생년월일(월, 일, 연)	3. DATE OF INJURY (Mo., day, year) 부상 당기(월, 일, 연)	4. DATE OF DEATH (Mo., day, year) 사망 일자(월, 일, 연)	5. SSN NUMBER 주민등록 번호
6. NAME AND ADDRESS OF EMPLOYING AGENCY (Include Zip Code) 고용기관명 및 주소(우편번호)		7. NATURE OF INJURY WHICH CAUSED DEATH 사망 원인이 된 부상의 형태.		
8. NAME AND ADDRESS (Include Zip Code) 사망 한 주소(우편번호)		CLAIM OF SURVIVING HUSBAND OR WIFE (Items 9 through 12) 생존한 남편 또는 부인의 청구서 (항목 9-12번)		
9. YOUR DATE OF BIRTH (Month, day, year) 생년월일(월, 일, 연)	10. DATE OF MARRIAGE TO EMPLOYEE (Month, day, year) 고인과의 결혼일자(월, 일, 연)	11. WERE YOU LIVING WITH THE EMPLOYEE AT TIME OF DEATH? 사망시 동거 여부 <input type="checkbox"/> YES 예 <input type="checkbox"/> NO 아니오		
12. LIST ALL OF EMPLOYEE'S CHILDREN WHO MAY BE ENTITLED TO COMPENSATION 보상 자격이 있는 자녀의 명단				
NAME 성명	RELATIONSHIP 관계	DATE OF BIRTH 생년월일	ADDRESS (Include Zip Code) 주소(우편번호)	
13. IF A LEGAL GUARDIAN HAS BEEN APPOINTED FOR ANY CHILD NAMED ABOVE, GIVE NAME OF CHILD, NAME AND ADDRESS OF THE GUARDIAN. 상기 자녀 중 유언장이 지정되어 있는 경우, 지명자와 유권인의 주소, 성명				
CHILD 자녀 성명	GUARDIAN 유권인 성명	GUARDIAN'S ADDRESS (Include Zip Code) 유권인 주소		
14. LIST OTHER RELATIVES WHO WERE DEPENDENT ON EMPLOYEE: 연금 혜택 중의 부양 가족				
NAME 성명	RELATIONSHIP 관계	DATE OF BIRTH 생년월일	ADDRESS (Include Zip Code) 주소(우편번호)	
15. IF CLAIM HAS BEEN MADE AGAINST A THIRD PARTY BECAUSE OF EMPLOYEE'S DEATH, GIVE: 사망 원인이 된 제 3자에게 보상을 청구하고 있다면 다음 사항을 기재하십시오.				
AMOUNT OF RECOVERY: \$ _____ 회복에 필요한 금액	NAME AND ADDRESS OF THIRD PARTY: 제 3자 성명(업종) 및 주소			
16. TOTAL FUNERAL EXPENSE 총합 금액		17. NAME AND ADDRESS OF PARTY WHOSE FUNDS WERE USED TO PAY FUNERAL EXPENSE AND AMOUNT PAID: \$ _____ 제 3자가 지불한 생애비용의 출처, 계은행(은행명), 주소 금액 \$ _____ 주소 _____ 성명/기관명		
I HEREBY CERTIFY THAT EACH AND EVERY STATEMENT MADE ABOVE IS TRUE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE. 유언은 상기 기재사항이 나의 양심에 따라 사실임을 확인함.				
18. SIGNATURE OF PERSON FILING CLAIM 청구서 작성자 서명		19. ADDRESS (include Zip code) 주소(우편 번호)		20. DATE (Mo., day, year) 연월 일

ATTENDING PHYSICIAN'S REPORT OF EMPLOYEE'S DEATH
직원 사망에 대한 담당 의사 보고서

1. NAME OF DECEASED EMPLOYEE (Last, first, middle) 사망 직원 성명		2. DATE OF DEATH (Mo., day, year) 사망 일자(월, 일)
3. WHAT HISTORY OF INJURY OR EMPLOYMENT RELATED DISEASE WAS GIVEN TO YOU? 상당 고사에게 알려진 부상과 질병의 역사나 고용에 관련된 질병을 무엇이었습니까?	4. IF TREATED FOR DISEASE, GIVE DIAGNOSIS. 질병을 치료하였으면 진단의 일람.	
5. IF DEATH WAS NOT INSTANTANEOUS, DESCRIBE THE TREATMENT YOU PROVIDED. 죽어 사망한 것이 아니라면 당신이 제공한 치료를 기술하십시오.	6. GIVE DATES ON WHICH TREATMENT WAS GIVEN. 기호한 날짜들을 쓰시오.	
7. WHAT WAS THE DIRECT CAUSE OF DEATH? 사망의 직접 원인은?		
8. WHAT WERE THE CONTRIBUTORY CAUSES OF DEATH, IF ANY? 과실적 요소가 된 요인들을 무엇이었습니까?		
9. IN YOUR OPINION, WAS THE DEATH OF THE EMPLOYEE DUE TO THE INJURY AS REPORTED IN ITEM 3 ABOVE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO GIVE THE MEDICAL REASONS FOR YOUR OPINION, UNLESS CAUSAL RELATIONSHIP IS OBVIOUS. 당신의 의견은 직원의 사망에 왜 고사에게 이같은 질병에 직간접적 관계가 있는가? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요. 원인 관계가 명확치 않으면 당신의 의견에 따른 의학적 원인을 기재하십시오.		
10. WAS A BIOPSY OR AN AUTOPSY PERFORMED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO IF YES, GIVE NAME AND ADDRESS OF PHYSICIAN AND ARRANGE FOR A COPY OF THE REPORT TO BE SUBMITTED. 해부 검사나 자살을 하였습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요. 실시했다면 의사의 성명, 주소와 주체로 서술할 원인과 1부를 준비해오시기 바랍니다.		
11. NAME AND ADDRESS (Please type) 성명 및 주소 (영어로 써 주시기)	12. SIGNATURE 서명	13. DATE SIGNED (Mo., day, year) 서명 일자(월, 일)