

**Impormasyon ng Manggagawa**

Apelyido		Pangalan		
Address				Lungsod
Lalawigan	Postal Code	Numero ng Telepono ( )	Petsa ng Kapanganakan DD / MM / YYYY	PHIN - - - - -
Numero ng Social Insurance		Lalaki <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/>		Posisyon sa Trabaho

**Impormasyon ng Employer**

Pangalan ng Negosyo		Address (isama ang Branch kung saan naaangkop)		
Lungsod	Lalawigan	Postal Code	Numero ng Telepono ( )	

**Mga Detalye ng Insidente**

Petsa ng Insidente DD / MM / YYYY	(Mga) Bahaging Napinsala
Petsa noong Sinabi sa Employer DD / MM / YYYY	Pangalan at posisyon ng taong sinabihan ng insidente.
Mangyaring ilarawan ang insidente nang may maraming detalye hangga't maaari. (Gumamit ng hiwalay na papel kung kinakailangan. Kung naaangkop, tukuyin ang sinumang mga saksi.)	
Lungsod at lalawigan kung saan nangyari ang insidente.	
Nangyari ba ang insidente sa looban ng iyong employer? <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi Kung hindi, tukuyin ang pangalan at address ng looban kung saan nangyari ang insidente.	

**Pangalan at Address ng (mga) Doktor at/o (mga) Ospital na Nagkaloob ng Paggamot (Maglakip ng hiwalay na papel kung kinakailangan)**

Pangalan	Address	Petsa ng Pagbisita DD / MM / YYYY
Pangalan	Address	Petsa ng Pagbisita DD / MM / YYYY

**Nawalang Oras at Mga Sahod**

(Kumpletuhin lamang ang bahaging ito kung ikaw ay nawalan ng oras sa trabaho na lampas sa petsa ng insidente)

Ano ang huling araw at oras na nagtrabaho ka kasunod ng insidente?	DD / MM / YYYY	nang	HOUR
Bumalik ka na ba sa trabaho?	<input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi	Kung oo, kailan?	DD / MM / YYYY nang HOUR <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
Binayaran ba ng iyong employer ang iyong sahod habang hindi ka nagtatrabaho?	<input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi	Mayroon ka bang ibang mga pinagkukunan ng kita sa trabaho?	<input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> wala
Ilang oras ang tinatrabaho mo kada linggo? Kung ito ay nag-iiba, mangyaring ilarawan.	Ano ang mga regular na araw na wala kang pasok sa trabaho? Kung ito ay nag-iiba, mangyaring ilarawan.		

Aussi disponible en français

Para sa Mas Mabilis na Pag-uulat ng Paghahabol,  
Mangyaring Tawagan ang 204-954-4100

**Nawalang Oras at Mga Sahod**

Ano ang iyong kasalukuyang sahod kada oras? \$	Ano ang iyong regular na kabuuang kita? (Tukuyin kung lingguhan, tuwing dalawang linggo, atbp.) \$
Ano ang iyong estado sa kasal? <input type="checkbox"/> Walang asawa <input type="checkbox"/> Common-law <input type="checkbox"/> Kasal <input type="checkbox"/> Hiwalay <input type="checkbox"/> Diborsiyado	Kung kasal/common-law, nagtatrabaho ba ang iyong asawa/kinakasama? <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi
Personal ka bang pinahihintulatang maghahabol ng isang pagbabawas sa iyong kasalukuyang taon ng Income Tax Return para sa: Mga umaasang anak na edad 18 taong gulang o mas bata pa? <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi	Kung oo, ilan ang mga umaasa? _____
Mga umaasang may kapansanan na edad 18 taong gulang o mas matanda pa? <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi	Kung oo, ilan ang mga umaasa? _____
Mga gastusin sa pag-aalaga ng bata? <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi	Kung oo, tantiyahin ang kabuuang pagbawas para sa kasalukuyang taon ng buwis \$ _____
Mga bayad sa sustento sa bata? <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi	Kung oo, sabihin ang buwanang halaga \$ _____ Kabuuang para sa taon \$ _____
Mga bayad sa sustento sa asawa? <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi	Kung oo, sabihin ang buwanang halaga \$ _____ Kabuuang para sa taon \$ _____
Nag-apply ka ba para sa kita mula sa ibang mga mapagkukunan? (hal. EI, CPP, Social Insurance, Disability Plan ng Kumpanya, atbp.) <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi	Kung oo, mangyaring ilarawan.

**Sakop**

Mayroon bang sangkot sa insidente na hindi nagtatrabaho sa iyong employer? <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> wala	Kung oo, ibigay ang pangalan at address.
Kasosyo, direktor o nag-iisang may-ari ka ba ng kumpanya? <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi	
Ikaw ba ay sub-contractor? <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi	Kung oo, tukuyin: <input type="checkbox"/> sa konstruksiyon <input type="checkbox"/> pagtotroso (Kumpletuhin ang mga naaangkop na bahagi sa ibaba)
Operator ka ba ng may-ari? <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi	Kung oo, tukuyin: <input type="checkbox"/> tagadala <input type="checkbox"/> nagmamaneho ng truck <input type="checkbox"/> naghihila (Kumpletuhin ang mga naaangkop na bahagi sa ibaba)
<b>Mangyaring sagutan ang mga katanungan na ito kung nangyari ang insidente sa pagitan ng Enero 1, 1992 at Disyembre 31, 2005</b>	
Kapamilya ka ba ng iyong employer (o kung korporasyon ang employer, kapamilya ng direktor ng korporasyon)? <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi	
Kung oo, nakatira ka ba sa employer o direktor? <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> wala	

**Pagsasaka:**

May kaugnayan ka ba sa may-ari ng bukid?  oo  hindi

**Sub-Contractor o Operator ng May-ari:** (kumpletuhin lamang kung ikaw ay sub-contractor o operator ng may-ari)

Sinasakop ka ba ng iyong employer sa ilalim ng kanilang sakop sa WCB? <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi	Kung hindi, nakarehistro ka ba sa WCB? <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi
May kasosyo ka ba? <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi	Kumukuha ka ba ng ibang mga manggagawa? <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi

**Sub-Contractor sa Konstruksiyon**

Nagtutustos ka ba ng anumang mga materyales o kagamitan? <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi	Kung oo, mangyaring tukuyin.
---	------------------------------

**Sub-Contractor sa Pagtotroso**

Nagtutustos ka ba ng anumang mga materyales o kagamitan? <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi	Kung oo, mangyaring tukuyin.
Nagpuputol ka ba sa bentahan, permiso ng troso o lisensiya ng lagarian? <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi	Kung hindi, kaninong bentahan, permiso ng troso, o lisensiya ng lagarian ang iyong pinuputol?

**Ang Operator ng May-ari ay isang Tagadala**

Ano ang kabuuang bigat ng sasakyan? (Ito ay maaaring makuha mula sa pagpaparehistro sa Autopac)

**Operator ng May-ari sa Pagmamaneho ng Truck**

Naghahakot ka ba sa loob ng 16 na kilometrong radius ng lungsod o bayan kung saan matatagpuan ang home terminal? <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi	Malayo ba ang iyong minamaneho? <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi
Nagbibigay ka ba ng sasakyan? <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi	Kung oo, ilang mga sasakyan ang ibinibigay mo?

Pangalan ng Manggagawa	Numero ng Paghahabol:	<b>3</b>
<p>Nauunawaan ko na sa ilalim ng <i>The Workers Compensation Act (Ang Batas para sa Bayad-Pinsala sa Mga Manggagawa)</i> ang WCB ay maaaring mangolekta ng impormasyon tungkol sa akin para ayusin at pamahalaan ang aking paghahabol at ang impormasyon mula sa aking paghahabol ay maaaring isiwalat sa aking employer o sa kinatawan ng employer para sa mga layunin ng programa ng WCB, o maaaring ilabas sa iba tulad ng pinahihintulutan ng lehislyasyon, kabilang ang <i>The Workers Compensation Act, The Personal Health Information Act (Ang Batas sa Personal na Impormasyong Pangkalusugan)</i> at <i>The Freedom of Information and Protection of Privacy Act (Ang Batas sa Kalayaan para Maglabas ng Impormasyon at Proteksyon sa Pagkapribado)</i>. Ang impormasyong makokolekta ay maaaring gamitin para magsagawa ng mga pagsusuri at survey ng WCB.</p> <p>Kung mayroon kang anumang mga katanungan tungkol sa pangongolekta, paggamit o pagsisiwalat ng impormasyon sa iyong paghahabol, mangyaring makipag-ugnayan sa Access and Privacy Officer (Opisyal para sa Pag-access at Pagkapribado) ng WCB sa 204-954-4557 o walang bayad sa 1-800-362-3340 extension 4557.</p> <p><b>Ilabas para sa Medikal na Impormasyon</b> Pinahihintulutan ko ang mga taong may medikal at ibang impormasyon na tinutukoy ng WCB na may kaugnayan sa aking paghahabol na ilabas ang mga ito sa WCB sa kanilang paghiling.</p> <p><b>Ilabas para sa Impormasyon ng Kita mula sa Canada Customs and Revenue Agency</b> Ito ang iyong awtorisasyon para bigyan ang Workers Compensation Board of Manitoba (Lupon ng Manitoba para sa Bayad-Pinsala sa Mga Manggagawa) ng mga kopya ng aking kumpletong (mga) tax return at ibang impormasyon ng nagbabayad ng buwis kabilang ang lahat ng sumusuportang papel na may impormasyon, mga iskedyul at mga financial statement. Ang impormasyon ay gagamitin:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) para tumulong sa pagtukoy ng aking kabuuang karaniwang kita at</li> <li>(2) (2) para malaman at patunayan ang pagiging karapat-dapat para sa mga benepisyo sa ilalim ng Workers Compensation Act.</li> </ol> <p>Ang awtorisasyon na ito ay may bisa para sa dalawang taon ng buwis bago ang taon nang ito ay pinirmahan, ang taon nang ito ay pinirmahan, at ang bawat kasunod na taon ng buwis kung saan ibinibigay ang mga benepisyo.</p>		
Pirma ng Manggagawa <b>X</b>	Petsa DD / MM / YYYY	