



HƯỚNG DẪN CÁCH HOÀN TẤT ĐƠN ĐĂNG KÝ CHƯƠNG TRÌNH QUYỀN LỢI BẢO HIỂM ĐI LÀM LẠI (RTWSP)

Chương trình quyền lợi bảo hiểm đi làm lại (RTWSP)

CẢNH BÁO: Bất kỳ người nào cố ý tạo hoặc sử dụng hồ sơ hoặc tài liệu kê khai giả mạo để yêu cầu bồi thường bảo hiểm đều phải chịu trách nhiệm bồi thường thiệt hại gấp ba lần cùng với một khoản phạt dân sự không nhỏ hơn \$5.500 và không nhiều hơn \$11.000, cộng với chi phí tố tụng theo Đạo luật về yêu cầu bồi thường bảo hiểm giả mạo, mục 12650-12656 Bộ luật chính phủ

Trước khi quy vị bắt đầu, vui lòng chuẩn bị các thông tin sau:

- ✓ Mẫu Phiếu quyền lợi bảo hiểm thay đổi việc làm DWC-AD 10133.32, phiếu hoàn chỉnh bao gồm Bảng chứng tổng đạt có chữ ký của đơn vị quản lý yêu cầu bồi thường bảo hiểm của quý vị
- ✓ Ngày gửi Bảng chứng tổng đạt trên mẫu Phiếu quyền lợi bảo hiểm thay đổi việc làm DWC-AD 10133.32 (SJDB) Ngày sửa đổi: 10/1/2015
- ✓ Số trường hợp DWC ADJ
- ✓ Số yêu cầu bồi thường bảo hiểm từ công ty bảo hiểm
- ✓ Bất kỳ thông tin thanh toán quyền lợi RTWSP nào trước đó

Điền thông tin cá nhân

Bước 1/5

* Biểu thị trường bắt buộc

1. * Tên
2. MI (viết tắt tên đệm)
3. * Họ
4. * Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM)
5. * SSN/ITIN (999-99-9999)
6. * Địa chỉ
7. * Thành phố
8. * Tiểu bang (chọn từ danh sách thả xuống)
9. * Mã bưu chính
10. Địa chỉ email
11. Số điện thoại

** Thông tin liên hệ không bắt buộc nhưng sẽ hữu ích nếu quý vị có câu hỏi cần giải đáp

Individual Information Injury History Upload SJDB Certification Review and Submit

INDIVIDUAL INFORMATION Step 1 of 5

*First Name MI *Last Name

*Date of Birth *SSN / ITIN

*Address

*City *State (Select State) *Zip Code

Email Address Phone Number

[Continue](#)

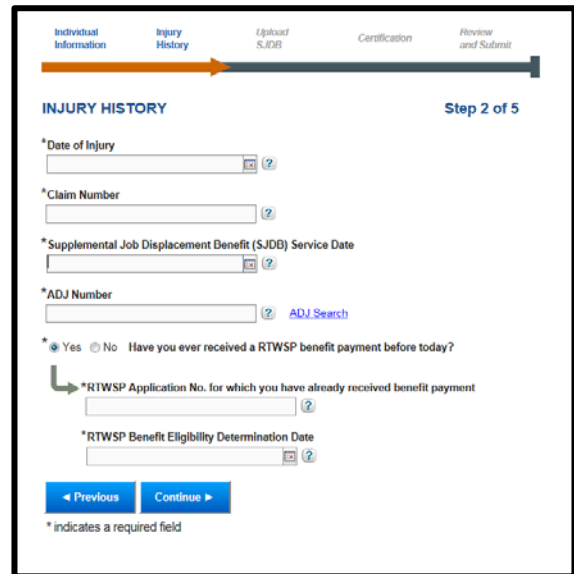
* indicates a required field

Điền lịch sử thương tật

* Biểu thị trường bắt buộc

1. * Ngày bị thương
2. * Số yêu cầu bồi thường bảo hiểm
3. * Ngày tổng đạt Quyền lợi bảo hiểm thay đổi công việc (SJDB) (THÁNG/NGÀY/NĂM)
4. * Số ADJ
5. * Khoản thanh toán quyền lợi RTWSP trước đó
Nếu có, điền các thông tin sau
 - a. Số đơn đăng ký RTWSP (RTW#####)
 - b. Ngày nộp hồ sơ xét khả năng đủ điều kiện hưởng quyền lợi RTWSP (THÁNG/NGÀY/NĂM)

Bước 2/5



Individual Information Injury History Upload SJDB Certification Review and Submit

INJURY HISTORY Step 2 of 5

*Date of Injury

*Claim Number

*Supplemental Job Displacement Benefit (SJDB) Service Date

*ADJ Number [ADJ Search](#)

Yes No Have you ever received a RTWSP benefit payment before today?

*RTWSP Application No. for which you have already received benefit payment

*RTWSP Benefit Eligibility Determination Date

[Previous](#) [Continue](#)

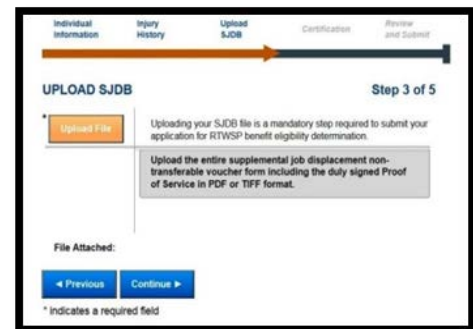
* indicates a required field

Tải lên phiếu SJDB

* Tải lên bản sao phiếu SJDB của quý vị ở định dạng PDF hoặc TIFF.

- Tải lên phiếu hoàn chỉnh, bao gồm Bảng chứng tổng đạt có chữ ký của đơn vị quản lý yêu cầu bồi thường bảo hiểm
1. Nhấp vào nút **Upload File** (Tải tệp lên)
 2. Nhấp vào nút **Browse** (Duyệt) và tìm bản sao tệp của quý vị
 3. Nhấp vào nút **Open** (Mở) sau khi chọn tệp
 4. Xác minh tên tệp và nhấp vào nút **Add** (Thêm)

Bước 3/5



Individual Information Injury History Upload SJDB Certification Review and Submit

UPLOAD SJDB Step 3 of 5

Upload File

Uploading your SJDB file is a mandatory step required to submit your application for RTWSP benefit eligibility determination.

Upload the entire supplemental job displacement non-transferable voucher form including the duly signed Proof of Service in PDF or TIFF format.

File Attached:

[Previous](#) [Continue](#)

* indicates a required field



Individual Information Injury History Upload SJDB Certification Review and Submit

UPLOAD SJDB Step 3 of 5

Browse

Uploading your SJDB file is a mandatory step required to submit your application for RTWSP benefit eligibility determination.

Upload the entire supplemental job displacement non-transferable voucher form including the duly signed Proof of Service in PDF or TIFF format.

File Attached: Voucher.pdf.pdf

[Previous](#) [Continue](#)

* indicates a required field

** Tài liệu của quý vị sẽ xuất hiện bên cạnh **File Attached** (Tệp đính kèm)



HƯỚNG DẪN CÁCH HOÀN TẤT ĐƠN ĐĂNG KÝ CHƯƠNG TRÌNH QUYỀN LỢI BẢO HIỂM ĐI LÀM LẠI (RTWSP)

Chọn hộp kiểm tương ứng với Chứng nhận

- * Biểu thị trường bắt buộc
- * Xác minh hình thức cư trú

Chọn một trong các điều sau:

- Cư dân California
Đủ điều kiện làm việc tại California hoặc duy trì địa điểm làm việc dài hạn tại California.
- Người không phải cư dân California
Các khoản thanh toán dịch vụ cho người không phải cư dân California có thể phải chịu thuế thu nhập khấu trừ của Tiểu bang.

- * Hình phạt khai man

- Tôi chứng nhận (hoặc tuyên bố) sẵn sàng chịu phạt nếu khai man theo Luật của tiểu bang California rằng các thông tin tôi nêu trong đơn này là thật và chính xác.
Tôi chứng nhận điều này vào: **ngày hiện tại sẽ xuất hiện

Xem lại và gửi

Xem lại thông tin trên mẫu đơn, quý vị có thể sửa đổi bằng cách nhấp vào liên kết **Edit** (Chỉnh sửa) hoặc trên thẻ mục. Sau khi thông tin được xác minh là chính xác, nhấp vào nút **Submit** (Gửi)

Bước 4/5

Individual Information Injury History Upload SJDB Certification Review and Submit

CERTIFICATION Step 4 of 5

*Residency Certification ?

California Resident
Qualified to do business in California or maintains a permanent place of business in California.

California Nonresident
Payments to nonresidents for services may be subject to State income tax withholding.

*Penalty of Perjury
I certify (or declare) under penalty of perjury under the laws of the State of California that the foregoing is true and correct.

I certify this on: 03/23/2015

[Previous](#) [Continue](#)

* Indicates a required field

Trang 5/5

Individual Information Injury History Upload SJDB Certification Review and Submit

REVIEW AND SUBMIT Step 5 of 5

INDIVIDUAL INFORMATION

QUESTION ANSWER

Full Name: John A. Smith

Date of Birth: 01/01/1900

SSN / TIN: ***-**-0000

Address: 1 Main Street, Oakland, CA 90000

Email Address: johnsmith@email.com

Phone Number: (510) 555-5555

INJURY HISTORY

QUESTION ANSWER

Date of Injury: 01/03/2013

Claim Number: WC-123456

SJDB Service Date: 01/03/2014

ADJ Number: ADJ1234567

Have you ever received a RTWSP benefit payment before today? Yes

RTWSP Application No: RTW1000000

RTWSP Benefit Eligibility Determination Date: 06/15/2013

UPLOAD SJDB

QUESTION ANSWER

File Attached: Voucher.pdf

CERTIFICATION

QUESTION ANSWER

Residency Certification: California Resident - Qualified to do business in California or maintains a permanent place of business in California.

Penalty of Perjury Certification: I certify (or declare) under penalty of perjury under the laws of the State of California that the foregoing is true and correct. I certify this on: 03/23/2015

[Submit](#)



HƯỚNG DẪN CÁCH HOÀN TẤT ĐƠN ĐĂNG KÝ CHƯƠNG TRÌNH QUYỀN LỢI BẢO HIỂM ĐI LÀM LẠI (RTWSP)

Trang Xác nhận gửi

Sau khi đơn đăng ký của quý vị được gửi thành công, một số RTW sẽ được chỉ định cho quý vị. Quý vị có thể in bản sao mẫu đơn đăng ký để lưu hồ sơ. Quyết định về khả năng đủ điều kiện sẽ được đưa ra trong vòng 60 ngày.



Your application was submitted successfully!

Thank you for your interest in the Return to Work Supplement program, your application has been successfully submitted on 03/23/2015; an eligibility determination will be made within the next 60 days and a benefit notice indicating whether or not you qualify for the RTWSP benefit will be mailed to you. To avoid delays in processing your application, please DO NOT submit a second application. Should you have any questions please contact the RTWSP unit at 510-286-0787 or RTWSP@dir.ca.gov.

Below are links to your Application Package. Please print this page and click the links to view and print a copy of the documents for your records.

Your RTWSP Application Number is: RTW1000487.

Application Package

- Application PDF 
- SJDB Voucher PDF 

[Click here to Print this Page](#)

Mẫu số RTW

Thông báo quyền riêng tư về thu thập thông tin cá nhân: Sở Quan hệ lao động sẽ sử dụng thông tin cá nhân được thu thập bên dưới để xác định khả năng đủ điều kiện của quý vị và thanh toán quyền lợi bảo hiểm theo ủy quyền của Bộ luật lao động § 139.48. Lịch sử thương tật của quý vị cũng sẽ được sử dụng để xác nhận danh tính và quyết định khả năng đủ điều kiện của quý vị. Quý vị phải cung cấp số An sinh xã hội (SSN) hoặc mã số thuế liên bang (FEIN) để nhận quyền lợi này (8 C.C.R. § 17306). SSN hoặc FEIN của quý vị sẽ được sử dụng để khớp đơn đăng ký với đúng hồ sơ xác nhận đi làm lại. Hồ sơ này phải được xem xét trong quá trình quyết định khả năng đủ điều kiện và sẽ được gửi cho Văn phòng kiểm soát tiêu bang nhằm mục đích xử lý và kế toán khoản thanh toán. Nếu không cung cấp tên; địa chỉ hoặc SSN hay FEIN, quý vị sẽ bị từ chối quyền lợi. Sở có thể chia sẻ thông tin này nhằm mục đích thực thi luật chung hoặc nghiên cứu. Đạo luật về các biện pháp thông tin của California (Mục 1798 và các mục tiếp theo của Bộ luật dân sự) kiểm soát việc sở thu thập và sử dụng thông tin cá nhân của từng người. Chính sách quyền riêng tư của sở, bao gồm thông tin liên hệ của viên chức phụ trách quyền riêng tư, có tại http://www.dir.ca.gov/od_pub/privacy.html. Cảnh báo: Máy tính của quý vị có bảo mật không?