Department of Labor and Industries

ពាក់សំបើកបណីងទាមទារទើងវិពា

Crime Victims Compensation Program				7 111		หางเกาะเกาะ				
PO Box 44520 Olympia WA 98504-4520		ជីពីមានជនរងក្រោះ					ដោយ	សារតែស្ថានភាពជំងឺកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ		
Fax 360-902-5333		ចំពេញព័ត៌មានរបស់អ្នក ទ្ ព្រពញលេញ			របានផ	ายตาเ				
សំខ		សម្រាប់ចំណាត់ការភ្លាម១								
ច្រើទម្រង់នេះតែពេលណាលក្ខណៈនំងឹមបស់អ្នកកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរទៅ១ នរាំយ បណ្ដឹងទាមទានបស់អ្នកក្រុងបានបិទលើសពី 90 ថ្ងៃ។ បើសិនជា៖ 	អត្ថ ប្រយោជន៍សម្រាប់ការបារ	ត់បង់ពេលពីការងារក្រុងបានបង់ឱ្យមុនពេលសេចក្តីសម្រេចខិ	ចិត្តអំពីការសុំឃើកវិញ ហើយបណ្ដឹងទា	មេទាដបស់អ្នក មិនត្រូវ បានបើក	ឡីងវិញទេ អ្នកនឹងតម្រូវឱ្យបង់	អត្ថប្រយោជន៍នៅវិញ។ សូមសាសេរលេខ	ខបណ្ដឹងទាមទាររបស់រួរួកខា	ងលើ។ អ្នកនឹងទទួលបានព័ត៌មាន		
ត់ពីសំណើសុំបើកឡើនវិញក្នុនត់ឡុង 90 ថ្ងៃចាប់ពីពេលមិនបក្រសួងបានទទួលពាក្យសុំមក។										
1. เกษ: (ลายลูล กญาก ปูกกุณ)		2. បានប្តូរឈ្មោះតាំងពីបណ្ដឹងទាមទារ		3.	3. លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ		4. 1018 S	Soc. Sec. (வருளர்ள் ID)		
		ធានជិទ?								
បើពុទ្/ពស សអសរឈ្មោ			ı							
5. พกะพฤตสะบรุญลู 7 สาคา เลื ญับกุล			6. អាសយដ្ឋានធ្វើសំបុត្រ (ឃើទុសព័រអាសយដ្ឋានផ្ទះ)							
7. šiņa	ស៊ីបក្កដ	8				1 <u>1 1</u>				
8a. ខ្ញុំ១៨ឲ្យការធ្វើយធ្លូងរបស់ខ្ញុំទៅកាន់ឈ្មោះ ផ្ទុកកំណាងរបស់ខ្ញុំ៖	អាសយដ្ឋាន					8 <u>11</u>	ស៊ីបក្ខុដ			
9. กณะที่รดูจริตกมละบุครลีย 10	0. និយោជកពេលដែលច	មានគ្រោះផ្នាក់ដំបូង								
11. ដើម្បីខ្លះជាការត្តូញផ្លែរក្នុងរាងកាយបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក?			12. កាលបរិច្ឆ១បណ្ដឹងប	ទាមទារបានបិទ		13. កាលបរិច្ឆេទដែលលក្ខណ	. កាលបរិន្ទេទដែលលក្ខណៈជំងឺកាន់តែធ្ងន់គ្នាបន្ទាប់ពីការបិទបណ្ដឹងទាមទារ ?			
14. ឈ្មោះពេញអ្នកផ្តល់ការបំពីដែលឲ្យាបាលអ្នកនៅពេលបិទបណ្តិតទានទារ				15. កើត្តែពណាមួយនៃខាងកាយរបស់អ្នកដែលប៉ះកាល់?						
16. តើអ្នកមានរបួស ឬជំងឺថ្មីទៀតទេ តាំងពីកាលបើរញ្ញទនៃការបិទបណ្ណឹងទាបទមះ? បាទ/ចាស ទេ បើសិនជា បាទ/ចាស ស្វមពន្យូល៉។			 រតិលក្ខណៈជំងឺរបស់អ្នកទៅជាខ្ទង់ខ្លារជាយសររបួស ឬក្រោះថ្នាក់មួយទៀងឬទេ? បាទ/ទាស ទេ បើសិនិនា បាទ/ទាស ស្វុបខេត្តប៉ាំ។ 							
		-			4.7 \$0					
18. តើអ្នកបានទទួលការព្យាបាលមជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ល័ក្ខន័ណ្ឌជំងឺតាំងពីការមិនបណ្តឹងទាមទារ?		បើសិខជា បាទ/ចាស ចូររាយឈ្មោះ		٩						
19. gragainest	អ្នកផ្តល់សេវា លេខទូរស័ព្ទ		20. អ្នកផ្តល់សេវា				លេ	រខទ្ធរស័ព្ទ		
តាសយគ្នាខ			អាសយដ្ឋាន							
មីក្រុង 		^{រដ្ឋ} ស៊ីបកូដ+4	ទីក្រុង				111	_օ րս _դ ։+4		
21. անալուարարարարարարարարարարարարարարարարարարար		តើរួកមានសំណងរ៉ាប់រងនស្សាហកម្មណ	កម្មាយប្រទ? (ន.ទា. បុគ្គលិះ	កកំពង់ថែ Longshore	e ທຸກ Jones (J	ones Act), Railroa	d)	បើគួសយក សូមពន្យល់		
បានអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយប្រទេ? (ស្វមគ្គសយកទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ)										
ភាពឥតការងារធ្វើ	닏 ,				and					
SSI/SSA mısınahiyistlalınının Medicare niganaysıtlalının		22. ւճարունուկյա?	បើ ទេ ហេ	តុអ៊ី :	លនិវត្តន៍ ខេធ្វើការងារ	បានបញ្ឈប់ពីការងារ បោះបង់ការងារ		3. កាលបរិច្ឆេទដែលបានធ្វើការចុងក្រោយ		
Medicare សំណាងឬគ្គលិកធ្វើការ		បាទ/ទាស ទេ								
24. និរយាជកាបច្ចុប្បន្ន ប្រុចុងក្រោយ							លេខទូរស័ព្ទ			
អាសយង្គាខ				ទីក្រុង			1 H	ស៊ី បក្ខដ+4		
25. yuunaanding										
26. կеанումուստուր ձառուրգ										
27. เดิมูกเด็กเองติเลเกตกระเบุ๋ญเลล่าเก็กะ?										
កំណត់ចំណាំ៖ ជនណាដែលថ្លែងជាក្សាមិនពិកដើម្បីឲ្យទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍សំណងសម្រាប់ជនដេគ្រោះឧក្រិដ្ឋកម្មក៏ប្រឈមការជាក	កពិន័យរដ្ឋប្បជណី និងខក្រិ	ដ្ឋកម្ម។ ខ្ញុំស្វមប្រកាសថាសេចក្តីផ្លែងទាំងនេះ គឺពិរ	តត្រឹមត្រូវទៅតាមការចេះដឹង និងជំ	នៃឡើដ៍ប្រសើរបំផុតរបស់ខ្ញុំ។ ទេ	ងាយការចុះហត្ថលេខាលើទ	laște:	សម្រាប់	តែក្រសួងប្រើ		
នុំអនុញ្ញាតនៀបជួរពីរា មន្តិ៍ពេទប្រ ក្នុង ដូមជ្ជនានារង្សានទៀតបានបត្តិសានដ្ឋសាស្ត្រនៀបហ្គេចប្រសន្តិសាន្តិប្រាស្ត្ បាន បាន ប្រជាព្រះ មន្តិ៍ពេទប្រ ក្នុង ដូចជា ប្រសិទ្ធិប្រ ក្រសួង សេចបាន និងសម្រាហាម និងនស្សាហាម និង ស្រាហាម និង សម្រាហាម និង សម្រហាម និង សម្ចហាម និង សម្រហាម និង ស្រហាម និង សម្រហាម និង										
កាលបច្ចែទថ្ងៃនេះ	Ī	ហត្ថលេខាជនរងគ្រោះ								
		X								
		បខ្ពុ សម្រាប់ព័ត៌មានដ្	ព្រផ្តល់ការបំពី							

F

					Claim nu	mber					
PROVIDER'S INFORMATION (complete form in FULL)											
A claim can only be reopened worsening is not due to an unr diagnostic studies necessary to reopening request. If the claim receipt of the form. Answer all address on the application. Bil	elated or preexisting complete this form. is reopened, benefit I questions completel	condition or a new injury. Payment for any additions s cannot be paid for servic y to ensure timely action of	You al serves es pro	will be paid for twices will depend ovided more than	the office d on our d n 60 days	call and lecision of prior to o	on the our				
Please describe patient's current	symptoms.										
2. What was the FIRST date you sa symptoms after claim closure?	aw the patient for these	3. 4	Are the	e symptoms the res		covered in	njury?				
4a. List physical or psychological examination in detail, including all objective findings referable to complaints and areas involved in your claim. If evaluating a mental condition, please give relationship of all symptoms to the covered injury. Is there a preexisting physical or psychological condition that will retard recovery?											
4b. Upon what information did you	rely to make the compa	arison to substantiate worsen	ng? (check box)							
Provider at the time of Reviewed the previous	claim closure	Contacted the previous p	_								
5. Does the current condition preve											
Yes No If yes, estimate number of days off work: 6. Beginning date of current disability 7a. Describe the physical limitations and/or restrictions preventing the patient from working. Please provide the basis for your opinion.											
, and 2 sections and project and management restrictions proventing the patient from working. I leade provide the outsits for your opinion.											
7b. Could the patient return to work with modified or different duties (light, sedentary work or transitional part time work)?											
8. List all medical factors that might impede or influence the patient's recovery.											
9. What is your specific curative tr work.	eatment plan? Please is	nclude expected time for reco	very a	and indicate when	the patient	may retu	rn to some form of				
10. Diagnosis of condition found by	examination										
ICD Diagnosis Codes	Ozdininacion.										
202 Dingarous Cours	Provider's name (type	e or print)		Phone no.							
	Address City					State	ZIP+4				
	m 1 1 1 1	CITIOD 11 (NEW)									
	Today's date	CVCP provider no. / NPI#	Pro	vider's signature							

Benefits may be delayed if this form is not filled out completely

Please retain a copy of this reopening application for your records