

클레임 재개 신청서

사유: 상태 악화

피해자 정보
 신속한 업무처리를 위해 해당
 사항을 빠짐없이
 작성하십시오.

클레임 번호

유의 사항:

귀하의 건강 상태가 악화된 경우 **그리고** 클레임이 종결된지 **90** 일 이상이 된 경우에만 이 양식을 사용하십시오. 클레임 재개 판결이 나기 전에 산재수당이 지급된 후, 추후 클레임이 재개되지 않으면 받은 수당을 상환해야 합니다. 귀하의 클레임 번호를 위 해당란에 기입하십시오. 귀하의 클레임 재개 요청에 관한 정보는 신청서 접수 후 **90** 일 이내에 알려드립니다.

1. 성명 (첫번째, 중간, 마지막)	2. 클레임이 종결된 이후에 성명이 바뀌었습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> ‘예’일 경우, 이전 성명을 기입하십시오.	3. 집 전화 번호	4. 사회보장번호 (ID 로만 사용)
----------------------	--	------------	----------------------

5. 현재 집 주소:	6. 우편 주소 (집 주소와 다른 경우)
7. 시 주 우편번호	8. 시 주 우편번호

8a. 우편물이 귀하의 대리인에게 발송되기 원하는 경우 대리인의 주소: 주 우편번호
 성명:

9. 첫 부상 발생일	10. 첫 부상 발생 당시의 고용주
-------------	---------------------

11. 현재 겪고 있는 신체적 통증은?	12. 클레임 종결일	13. 클레임 종결 이후 상태가 악화된 날짜는?
-----------------------	-------------	----------------------------

14. 클레임 종결 당시 귀하를 진료한 의사 성명	15. 영향을 받은 신체 부위?
-----------------------------	-------------------

16. 클레임 종결 날짜 이후 발생한 또다른부상이나 질병? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> “예”일 경우 설명요	17. 다른 부상이나 사고로 인한 상태 악화? “예”일 경우, 설명요 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>
---	---

18. 클레임 종결 이후 귀하의 상태에 대해 어떤 의학적 치료를 받았습니까? “예”일 경우, 치료를 담당한 의사(들)의 성명과 주소를 기입하십시오.	예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>
---	---

19. 의사 전화 번호	20. 의사 전화 번호
--------------	--------------

주소	주소
----	----

시 주 우편번호 +4	시 주 우편번호+4
-------------	------------

21. 아래 수당 중 신청했거나 받고 있는 것이 있습니까? (해당 사항 모두 표시)

실직 <input type="checkbox"/>	공공 지원 <input type="checkbox"/>	이 외에 다른 산업보험에서 받는 보상이 있습니까? (예, Longshore harbor workers, Jones Act, Railroad) <input type="checkbox"/>
병가 <input type="checkbox"/>	은퇴 수당 <input type="checkbox"/>	체크한 경우 이름을 기입하십시오.
SSI/SSA <input type="checkbox"/>	장애 보험 <input type="checkbox"/>	
메디케어 <input type="checkbox"/>	근로자 보상 <input type="checkbox"/>	

22. 현재 일을 하고 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	아닐 경우 그 이유는? 은퇴 <input type="checkbox"/> 해고 <input type="checkbox"/> 일할 수 없음 <input type="checkbox"/> 자진 퇴사 <input type="checkbox"/>	23. 마지막 근무일
---	--	-------------

24. 현재 또는 마지막 고용주 주소	전화 번호
주소	시 주 ZIP+4

25. 비즈니스 유형

26. 귀하의 직명과 직무

27. 이 고용주를 위해 일한 기간

참고: 범죄 피해자 보상 수당을 받기 위해 허위 진술을 할 경우 민/형사상의 처벌을 받습니다. 본인은 본인이 아는 바와 믿음에 따라 이 진술이 진실됨을 선언합니다. 이 양식에 서명함으로써, 본인은 의사, 병원, 의원 또는 기타 의료 정보 기관이 노동산업부(Department of Labor and Industries) 및/또는 범죄 피해자 보상 프로그램(Crime Victims Compensation Program)에 본인의 의료 기록을 공개하는 것에 동의합니다.	부서 사용 공간
오늘 날짜	피해자 서명 X

의사정보 추가 제공란

Claim number

PROVIDER'S INFORMATION (complete form in FULL)

A claim can **only** be reopened if there is an objective worsening of the allowed condition since the date of closure and that worsening is not due to an unrelated or preexisting condition or a new injury. You will be paid for the office call and diagnostic studies necessary to complete this form. Payment for any additional services will depend on our decision on the reopening request. If the claim is reopened, benefits cannot be paid for services provided more than 60 days prior to our receipt of the form. Answer all questions completely to ensure timely action on this reopening application. Please mail to the address on the application. Bills should be sent separately.

1. Please describe patient's current symptoms.

2. What was the FIRST date you saw the patient for these symptoms after claim closure? 3. Are the symptoms the result of the covered injury? Yes No

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 comparison to substantiate worsening? (check box)

- Provider at the time of claim closure
 Reviewed the previous medical file
 Contacted the previous provider
 Other:

5. Does the current condition prevent the patient from working? 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.

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 treatment plan? Please include expected time for recovery and indicate when the patient may return to some form of work.

10. Diagnosis of condition found by examination.

ICD Diagnosis Codes

Form with fields for: Provider's name (type or print), Phone no., Address, City, State, ZIP+4, Today's date, CVCP provider no. / NPI#, Provider's signature (with X)

Benefits may be delayed if this form is not filled out completely
Please retain a copy of this reopening application for your records