

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОВТОРНОЕ ОТКРЫТИЕ

ИСКА

В СВЯЗИ С УХУДШЕНИЕМ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

СВЕДЕНИЯ О ПОСТРАДАВШЕМ
 Для быстрой обработки Вашего заявления заполните Вашу часть **ПОЛНОСТЬЮ**

Номер иска:

Важно:

Используйте данный бланк заявления только если состояние Вашего здоровья ухудшилось и Ваш иск был закрыт более 90 дней назад. Если Вы получаете пособие по временной нетрудоспособности до принятия решения о повторном открытии иска, а в повторном открытии иска будет отказано, Вас обяжут вернуть выплаченные Вам деньги. Укажите, пожалуйста, номер Вашего иска выше. Вы получите информацию о повторном открытии иска в течение 90 дней со дня получения Вашего заявления Министерством.

| | | | |
|---|---|---|--|
| 1. ФИО (имя, отчество, фамилия) | 2. Поменялось ли Ваше имя после закрытия иска? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Если да, укажите прежнее имя | 3. Домашний телефон | 4. Номер социального страхования (только для удостоверения личности) |
| 5. Текущий адрес проживания | | 6. Почтовый адрес (если отличается от адреса проживания) | |
| 7. Город | Шта Индекс т | 8. Город | Штат Индекс |
| 8а. Я желаю, чтобы вся корреспонденция направлялась моему представителю. ФИО: | | Адрес | Штат Индекс |
| 9. Дата получения травмы | 10. Работодатель во время получения травмы | | |
| 11. Укажите текущие симптомы и жалобы | | 12. Дата закрытия иска | 13. Дата ухудшения состояния после закрытия иска |
| 14. Полное имя лечащего врача во время закрытия иска | | 15. Какие части Вашего тела пострадали? | |
| 16. Были ли у Вас новые травмы или заболевания после закрытия иска? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Если да, объясните. | | 17. Ухудшилось ли Ваше состояние из-за другой травмы или несчастного случая? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Если да, объясните. | |
| 18. Получали ли Вы лечение данного заболевания после закрытия иска? Если да, укажите имена и адреса поставщиков медицинских услуг. | | Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> | |
| 19. Поставщик медицинских услуг | | 20. Поставщик медицинских услуг | |
| Номер телефона | | Номер телефона | |
| Адрес | | Адрес | |
| Город | | Город | |
| Штат Индекс+4 | | Штат Индекс+4 | |
| 21. Подавали ли Вы заявление на получение или получаете ли Вы какие-либо из перечисленных ниже льгот? (укажите все, что имеет отношение к делу) | | Прочие пособия производственного страхования? (напр., компенсации согласно Законам о береговых и портовых рабочих (Longshore harbor workers), о торговом флоте (Jones Act), о железнодорожных рабочих (Railroad)) | |
| Пособие по безработице <input type="checkbox"/> Социальная помощь <input type="checkbox"/> Пособие по болезни <input type="checkbox"/> Пенсия <input type="checkbox"/> Пособие по инвалидности/социальное пособие (SSI/SSA) <input type="checkbox"/> Страхование по инвалидности <input type="checkbox"/> Пособие по программе Medicare <input type="checkbox"/> Компенсация работникам, получившим травмы на работе <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> Если да, объясните | |
| 24. Текущий или предыдущий работодатель | | 22. Вы работаете? Если нет, почему? На пенсии Не в состоянии работать | |
| Адрес | | Сокращен(а) Увольнение по собственному желанию | |
| | | 23. Дата последнего выхода на работу | |
| 25. Род деятельности | | 24. Текущий или предыдущий работодатель | |
| 26. Ваша должность и обязанности | | Адрес | |
| 27. Как долго Вы работаете на данного работодателя? | | Город | |
| | | Штат | |
| | | Индекс+4 | |
| <p>ВНИМАНИЕ: лицо, дающее ложную информацию с целью получения компенсации жертвы преступления подлежит гражданской и уголовной ответственности. Я заявляю, что согласно имеющимся у меня сведениям и убеждениям, предоставленная мною информация является достоверной. Подписав данное заявление, я разрешаю врачам, больницам, клиникам и другим лицам, владеющим моей медицинской информацией, предоставить мои медицинские записи Министерству труда и промышленности и/или Программе компенсации жертвам преступлений.</p> | | Только для использования Министерством | |
| Сегодняшнее число | | Подпись пострадавшего | |
| | | X | |

ПРОДОЛЖЕНИЕ: ИНФОРМАЦИЯ О ПОСТАВЩИКЕ УСЛУГ

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 Contacted the previous provider
 Reviewed the previous medical file 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: Provider's name (type or print), Phone no., Address, City, State, ZIP+4, Today's date, CVCP provider no. / NPI#, Provider'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