

索偿案重新开案申请书

由于病情恶化

受害人信息
 请完整填写需要您填写的内容
 以便及时办理

索偿编号

重要说明:

仅在您的病情已经恶化而且您的索偿案结案时间已经超过 90 天的的情况下才应使用此表格。若在做出重新开案决定之前已经支付工时损失补偿福利，而且您的索偿案尚未重新开案办理，将要求您偿还这些福利金。请在上面字段内填写您的索偿编号。于本部接获您的重新开案申请后 90 天内，您将收到关于重新开案申请的处理通知。

1. 姓名（名，中间名，姓）		2. 自索偿案结案以来，您是否曾更改姓名？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 若是如此，请列出曾用名		3. 家庭电话号码		4. 社会安全号码（仅用于身份识别）	
5. 目前的家庭住址				6. 邮寄地址（若与家庭住址不同，则请填写）			
7. 城市		州		邮政编码		8. 城市	
						州	
						邮政编码	
8a. 我希望将我的往来信件邮寄给本人的代表姓名：				地址			
				州			
				邮政编码			
9. 最初受伤的日期		10. 于最初受伤时您的雇主姓名或名称					
11. 您目前有哪些身体不适症状？				12. 索偿案结案日期		13. 于索偿案结案后症状恶化的日期为？	
14. 于索偿案结案时您的治疗服务提供商之完整姓名				15. 您的哪些身体部位受到影响？			
16. 从索偿案结案日期起，您是否有任何新的伤症或病症？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 若是如此，请说明。				17. 您的病症是否因另一受伤事件或事故而恶化？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 若是如此，请说明。			
18. 从索偿案结案以来，您是否曾接受过对此病症的任何治疗？是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 若是如此，请列明治疗服务提供者的姓名和地址。							
19. 服务提供者				20. 服务提供者			
电话号码				电话号码			
地址				地址			
城市		州		邮政编码+最后 4 位号码		城市	
						州	
						邮政编码+最后 4 位号码	
21. 您是否已申请或正获得以下某些福利？（请勾选所有适用项）				是否有任何其他的工商保险补偿？（即 Longshore Harbor 雇员补偿、Jones 法案雇员补偿、铁路工人补偿） <input type="checkbox"/> 若勾选，请加以说明。			
失业 <input type="checkbox"/>		公共补助金 <input type="checkbox"/>		22. 您目前是否有工作？		23. 最后一天上班的日期	
病假 <input type="checkbox"/>		退休福利 <input type="checkbox"/>		若为否，请说明原因？		已退休 <input type="checkbox"/>	
SSI/SSA <input type="checkbox"/>		残障保险 <input type="checkbox"/>		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		无法工作 <input type="checkbox"/>	
Medicare <input type="checkbox"/>		雇员补偿福利 <input type="checkbox"/>				被裁员 <input type="checkbox"/>	
						辞职 <input type="checkbox"/>	
24. 目前或上一个雇主				电话号码			
地址				城市			
				州			
				邮政编码+最后 4 位号码			
25. 企业类型							
26. 您的工作职称及工作职责							
27. 您为此位雇主工作已有多久？							
请注意： 凡编造虚假陈述以图获得犯罪受害人补偿福利者都将受到民事和刑事处罚。本人声明，据我所知且本人确信，以上声明均属实。签署此表格则表示我允许医生、医院、诊所和保存本人医疗信息的其他人员向劳工与工业部和/或犯罪受害人补偿计划 (Crime Victims Compensation Program) 披露我的医疗记录。						仅供本部填写	
今日日期				受害人签名			
				X			

以下为服务提供者信息

F

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