

ĐƠN XIN MỞ LẠI HỒ SƠ YÊU CẦU BỒI THƯỜNG

VÌ TÌNH TRẠNG TỆ HƠN

THÔNG TIN NẠN NHÂN

Điền TOÀN BỘ phần của quý vị để có quyết định nhanh chóng

Số yêu cầu bồi thường

Quan Trọng:

Chỉ dùng đơn này nếu bệnh trạng của quý vị tệ hơn, **và** yêu cầu bồi thường của quý vị đã được đóng sổ hơn 90 ngày. Nếu quyền lợi mất thời gian được trả trước khi có quyết định mở lại hồ sơ, và yêu cầu bồi thường của quý vị lại không được mở lại, quý vị sẽ phải trả lại các quyền lợi đó. Xin viết số hồ sơ yêu cầu bồi thường của quý vị ở trên. Quý vị sẽ nhận các thông tin về yêu cầu mở lại hồ sơ của quý vị trong vòng 90 ngày kể từ ngày bộ nhận được đơn.

1. Tên (tên, tên lót, họ)	2. Tên có thay đổi từ lúc đóng sổ yêu cầu bồi thường không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Nếu có, liệt kê tên trước đây	3. Số điện thoại nhà.	4. Số An Sinh Xã Hội (chi cho ID)
---------------------------	--	-----------------------	-----------------------------------

5. Địa chỉ hiện tại	6. Địa chỉ nhận thư (nếu khác với địa chỉ nhà)
---------------------	--

7. Thành phố	Tiểu bang	Mã vùng	8. Thành phố	Tiểu bang	Mã vùng
--------------	-----------	---------	--------------	-----------	---------

8a. Tôi muốn thư từ của tôi gửi tới vị đại diện của tôi Tên:	Địa chỉ	Tiểu bang	Mã vùng
---	---------	-----------	---------

9. Ngày bị chấn thương	10. Chủ hãng vào lúc bị chấn thương ban đầu
------------------------	---

11. Những phiền toái về sức khỏe hiện tại của quý vị là gì?	12. Ngày đóng yêu cầu bồi thường	13. Ngày tình trạng trở nên tệ hơn sau khi đóng yêu cầu bồi thường?
---	----------------------------------	---

14. Tên họ của bác sĩ điều trị quý vị vào lúc đóng yêu cầu bồi thường	15. Bộ phận nào trên cơ thể của quý vị bị ảnh hưởng?
---	--

16. Quý vị có bất kỳ chấn thương hay bệnh tật nào mới kể từ ngày đóng yêu cầu bồi thường không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Nếu có, xin giải thích.	17. Tình trạng của quý vị có tệ hơn vì một chấn thương hay tai nạn khác không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Nếu có, xin giải thích.
---	--

18. Quý vị có được chữa trị về bất cứ điều gì cho bệnh trạng này kể từ khi đóng yêu cầu bồi thường không? Nếu có, ghi tên và địa chỉ của bác sĩ điều trị.	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
--	--

19. Bác sĩ	Số điện thoại	20. Bác sĩ	Số điện thoại
------------	---------------	------------	---------------

Địa chỉ	Địa chỉ
---------	---------

Thành phố	Tiểu bang	Mã vùng+4	Thành phố	Tiểu bang	Mã vùng+4
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

21. Quý vị có đã nộp đơn xin hay đang nhận bất cứ quyền lợi này không? (đánh vào tất cả quyền lợi nào áp dụng)	Có bất cứ khoản bồi thường Bảo Hiểm Công Nghiệp nào khác không (ví dụ, bảo hiểm cho công nhân hải cảng Longshore, Jones Act, Đường sắt) <input type="checkbox"/> Nếu đánh vào, xin giải thích
--	--

Thất nghiệp <input type="checkbox"/>	Trợ cấp chính phủ <input type="checkbox"/>	22. Quý vị có đang làm việc không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	Nếu không, tại sao? Hưu trí <input type="checkbox"/> Không thể làm việc được <input type="checkbox"/>	Bị cho nghỉ việc <input type="checkbox"/> Bỏ việc <input type="checkbox"/>	23. Ngày làm việc cuối cùng
--------------------------------------	--	--	---	---	-----------------------------

24. Chỗ làm hiện tại hay mới đây nhất	Số điện thoại
---------------------------------------	---------------

Địa chỉ	Thành phố	Tiểu bang	Mã vùng+4
---------	-----------	-----------	-----------

25. Loại hình doanh nghiệp

26. Chức vụ và trách nhiệm của quý vị

27. Quý vị đã làm việc cho chủ hãng này được bao lâu?

LƯU Ý: Người nào khai báo gian dối để hưởng quyền lợi Bồi Thường Nạn Nhân của Tội Phạm phải chịu hình phạt dân sự và hình sự. Tôi xin tuyên bố rằng những lời khai này đều đúng với niềm tin và sự hiểu biết nhất của tôi. Khi ký đơn này, tôi cho phép bác sĩ, bệnh viện, y viện hay những nơi khác có thông tin y tế được tiết lộ hồ sơ bệnh án của tôi cho Bộ Lao Động và Công Nghiệp và/hay Chương Trình Bồi Thường Nạn Nhân của Tội Phạm.

Dept. use only (Chỉ dành cho bộ sử dụng)

Ngày hôm nay	Chữ ký nạn nhân X
--------------	-----------------------------

TIẾP TỤC VỀ THÔNG TIN BÁC SĨ

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