



Les questions ci-dessous sont nécessaires pour évaluer votre demande de réouverture. Utilisez les feuilles supplémentaires fournies si vous avez besoin de plus d'espace.

Nom de l'employé	Numéro de demande d'indemnisation
------------------	-----------------------------------

Conditions actuelles

Énumérez la ou les zone(s) de douleur :			
Comment votre condition s'est-elle détériorée depuis la fermeture de votre dossier ?			
Quel est le lien entre cette détérioration et votre accident de travail ?			
Pourquoi demandez-vous la réouverture de votre demande ?			
Quand et auprès de qui avez-vous demandé un traitement médical après la fermeture de votre demande ?			
Nom du prestataire :		Numéro de téléphone	
Adresse	Ville	État	Code postal
Dates de traitement :			
Nom du prestataire :		Numéro de téléphone	
Adresse	Ville	État	Code postal
Dates de traitement :			

utilisez la feuille à la fin pour inscrire d'autres prestataires

Antécédents de traitement

Si vous répondez oui à l'une ou l'autre des questions ci-dessous, veuillez inclure les coordonnées de votre prestataire de soins dans la section suivante.	
Avez-vous subi de nouvelles blessures depuis la date de fermeture de votre demande d'indemnisation ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Avez-vous cherché à vous faire traiter ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Description des blessures :	
Date(s) des blessures :	
Est-ce que de nouvelles blessures sont les conséquences d'un accident de la route ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date(s)
Avez-vous présenté des demandes d'indemnisations auprès d'autres compagnies d'assurances ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Énumérez les réclamations :	
Nom de la/des compagnie(s) ou du/des assureur(s) :	

Nom de l'employé	Numéro de demande d'indemnisation
------------------	-----------------------------------

Renseignements sur le prestataire

Nom du prestataire :		Numéro de téléphone	
Adresse	Ville	État	Code postal
Dates de traitement :			
Nom du prestataire :		Numéro de téléphone	
Adresse	Ville	État	Code postal
Dates de traitement :			
Nom du prestataire :		Numéro de téléphone	
Adresse	Ville	État	Code postal
Dates de traitement :			

Antécédents de travail

Nom de l'employeur au moment de l'accident	Date de l'accident
--	--------------------

Énumérez tous vos employeurs depuis l'accident

Nom de votre employeur actuel :		Numéro de téléphone	
Adresse	Ville	État	Code postal
Titre du poste :	Fonctions :		
Date de l'emploi :			
Combien d'heures par jour passiez-vous à l'exécution des tâches suivantes ?			
_____ Poussée/Traction	_____ Travaux au-dessus de la tête	_____ Saisie au clavier	
_____ Levage	_____ Flexion des genoux	_____ Préhension	
Employeur précédent :		Numéro de téléphone	
Adresse	Ville	État	Code postal
Titre du poste :	Fonctions :		
Dates d'emploi De ___/___/___ à ___/___/___			
Combien d'heures par jour passiez-vous à l'exécution des tâches suivantes ?			
_____ Poussée/Traction	_____ Travaux au-dessus de la tête	_____ Saisie au clavier	
_____ Levage	_____ Flexion des genoux	_____ Préhension	

Nom de l'employé	Numéro de demande d'indemnisation
------------------	-----------------------------------

Employeur précédent :		Numéro de téléphone	
Adresse		Ville	État
Code postal			
Titre du poste :	Fonctions :		
Dates d'emploi De ___/___/___ à ___/___/___			
Combien d'heures par jour passiez-vous à l'exécution des tâches suivantes ?			
_____ Poussée/Traction	_____ Travaux au-dessus de la tête	_____ Saisie au clavier	
_____ Levage	_____ Flexion des genoux	_____ Préhension	

Employeur précédent :		Numéro de téléphone	
Adresse		Ville	État
Code postal			
Titre du poste :	Fonctions :		
Dates d'emploi De ___/___/___ à ___/___/___			
Combien d'heures par jour passiez-vous à l'exécution des tâches suivantes ?			
_____ Poussée/Traction	_____ Travaux au-dessus de la tête	_____ Saisie au clavier	
_____ Levage	_____ Flexion des genoux	_____ Préhension	

Avez-vous pris votre retraite du marché du travail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, date de votre départ à la retraite : _____
Veuillez énumérer les motifs de votre départ à la retraite :	
Recevez-vous des prestations de sécurité sociale ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, date du début de versement des prestations : _____
Veuillez énumérer les motifs justifiant les prestations de sécurité sociale :	
Si vous ne travaillez pas, veuillez expliquer :	

Déclaration de l'employé : En signant ci-dessous, je certifie, sous peine de parjure en vertu des lois de l'État de Washington, que les renseignements précédents sont exacts et complets. En outre, je comprends qu'une fausse déclaration pourrait faire l'objet de pénalités civiles ou criminelles.

Signature :	Date
-------------	------

Nom de l'employé	Numéro de demande d'indemnisation
------------------	-----------------------------------

Feuille supplémentaire

Prestataires supplémentaires

Nom du prestataire :		Numéro de téléphone		
Adresse		Ville	État	Code postal
Dates de traitement :				
Nom du prestataire :		Numéro de téléphone		
Adresse		Ville	État	Code postal
Dates de traitement :				
Nom du prestataire :		Numéro de téléphone		
Adresse		Ville	État	Code postal
Dates de traitement :				

Employeurs supplémentaires

Employeur précédent :		Numéro de téléphone		
Adresse		Ville	État	Code postal
Titre du poste :		Fonctions :		
Dates d'emploi De ___/___/___ à ___/___/___				
Combien d'heures par jour passiez-vous à l'exécution des tâches suivantes ?				
_____ Poussée/Traction	_____ Travaux au-dessus de la tête	_____ Saisie au clavier		
_____ Levage	_____ Flexion des genoux	_____ Préhension		
Employeur précédent :		Numéro de téléphone		
Adresse		Ville	État	Code postal
Titre du poste :		Tâches liées à l'emploi :		
Dates d'emploi De ___/___/___ à ___/___/___				
Combien d'heures par jour passiez-vous à l'exécution des tâches suivantes ?				
_____ Poussée/Traction	_____ Travaux au-dessus de la tête	_____ Saisie au clavier		
_____ Levage	_____ Flexion des genoux	_____ Préhension		