



아래는 귀하의 청구 재개 요청을 평가하는데 필요한 질문들입니다. 여백이 더 필요할 경우 연속 용지를 사용하십시오.

근로자 이름	청구 번호
--------	-------

현재 증세

통증이 있는 부위(들)을 기재해 주십시오.	
청구 종결 후 귀하의 증세가 어떻게 더 악화되었습니까?	
이 증세가 귀하의 산재와 어떻게 관련이 있습니까?	
왜 산재 청구를 재개하기를 원하십니까?	
귀하의 산재 청구 종결 후 언제 그리고 누구로부터 진료를 받았습니까?	
의사 이름:	전화번호
도로 주소	시 주 우편번호
진료 날짜:	
의사 이름:	전화번호
도로 주소	시 주 우편번호
진료 날짜:	

진료를 한 의사가 더 있으면 뒷면에 나와 있는 용지를 사용하십시오

진료 내력

<i>아래 질문 중 '예'라고 답한 경우, 다음 섹션에 의사 정보를 적어주십시오.</i>	
청구 종결 이후에 또다른 상해를 당한 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	진료를 받으셨습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
상해에 대한 설명:	
상해 날짜:	
자동차 사고로 또다른 상해를 당했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	날짜
다른 보험 회사에 청구를 하셨습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
청구 사항:	
보험 회사나 업자 이름:	

근로자 이름	청구 번호
--------	-------

의사 정보

의사 이름:	전화번호		
도로 주소	시	주	우편번호
진료 날짜:			
의사 이름:	전화번호		
도로 주소	시	주	우편번호
진료 날짜:			
의사 이름:	전화번호		
도로 주소	시	주	우편번호
진료 날짜:			

근무 경력

상해 발생 시 고용주 이름	상해 날짜
----------------	-------

상해 발생 후의 모든 고용주를 적어주십시오.

현재 고용주 이름:		전화번호	
도로 주소	시	주	우편번호
직책:	업무 내용:		
고용 날짜:			
다음 업무들을 하루에 몇 시간 수행했습니까?			
_____ 밀거나 끄는 작업	_____ 손을 머리 위쪽으로 들고 하는 작업	_____ 키보드 작업	
_____ 들어 올리는 작업	_____ 무릎을 꿇고 하는 작업	_____ 손으로 붙잡는 작업	
이전 고용주:		전화번호	
도로 주소	시	주	우편번호
직책:	업무 내용:		
고용 날짜	입사일 ____/____/____ 퇴사일 ____/____/____		
다음 업무들을 하루에 몇 시간 수행했습니까?			
_____ 밀거나 끄는 작업	_____ 손을 머리 위쪽으로 들고 하는 작업	_____ 키보드 작업	
_____ 들어 올리는 작업	_____ 무릎을 꿇고 하는 작업	_____ 손으로 붙잡는 작업	

근로자 이름	청구 번호
--------	-------

이전 고용주:		전화번호	
도로 주소	시	주	우편 번호
직책:	업무 내용:		
고용 날짜	입사일 ____/____/____ 퇴사일 ____/____/____		
다음 업무들을 하루에 몇 시간 수행했습니까?			
_____ 밀거나 끄는 작업	_____ 손을 머리 위쪽으로 들고 하는 작업	_____ 키보드 작업	
_____ 들어 올리는 작업	_____ 무릎을 꿇고 하는 작업	_____ 손으로 붙잡는 작업	

이전 고용주:		전화번호	
도로 주소	시	주	우편 번호
직책:	업무 내용:		
고용 날짜	입사일 ____/____/____ 퇴사일 ____/____/____		
다음 업무들을 하루에 몇 시간 수행했습니까?			
_____ 밀거나 끄는 작업	_____ 손을 머리 위쪽으로 들고 하는 작업	_____ 키보드 작업	
_____ 들어 올리는 작업	_____ 무릎을 꿇고 하는 작업	_____ 손으로 붙잡는 작업	

근로직에서 은퇴를 하셨습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	'예'인 경우, 은퇴 날짜: _____
은퇴 이유:		
사회보장금을 받고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	'예'인 경우, 사회보장금 수령 시작일: _____
사회보장금을 받는 이유:		
현재 일을 하고 있지 않을 경우, 그 이유는:		

근로자 진술: 본인은 워싱턴 주법 하에 위증시 처벌을 받는다는 전제 아래 앞서 언급된 내용이 진실되며 정확하다는 것을 아래 본인의 서명으로 증명합니다. 그리고, 본인이 허위 진술을 할 경우 민사상 또는 형사상의 처벌을 받을 수 있다는 점을 이해합니다.

서명:	날짜
-----	----

근로자 이름	청구 번호
--------	-------

연속 용지

추가 의사

의사 이름:	전화번호		
도로 주소	시	주	우편번호
진료 날짜:			
의사 이름:	전화번호		
도로 주소	시	주	우편번호
진료 날짜:			
의사 이름:	전화번호		
도로 주소	시	주	우편번호
진료 날짜:			

추가 고용주

이전 고용주:	전화번호		
도로 주소	시	주	우편번호
직책:	업무 내용:		
고용 날짜	입사일 ____/____/____	퇴사일 ____/____/____	
다음 업무들을 하루에 몇 시간 수행했습니까?			
_____ 밀거나 끄는 작업	_____ 손을 머리 위쪽으로 들고 하는 작업	_____ 키보드 작업	
_____ 들어 올리는 작업	_____ 무릎을 꿇고 하는 작업	_____ 손으로 붙잡는 작업	
이전 고용주:	전화번호		
도로 주소	시	주	우편번호
직책:	업무 내용:		
고용 날짜	입사일 ____/____/____	퇴사일 ____/____/____	
다음 업무들을 하루에 몇 시간 수행했습니까?			
_____ 밀거나 끄는 작업	_____ 손을 머리 위쪽으로 들고 하는 작업	_____ 키보드 작업	
_____ 들어 올리는 작업	_____ 무릎을 꿇고 하는 작업	_____ 손으로 붙잡는 작업	