



Întrebările de mai jos sunt necesare pentru a vă evalua solicitarea pentru redeschidere. Completați și rândurile următoare dacă aveți nevoie de mai mult spațiu.

Numele muncitorului	Număr solicitare
---------------------	------------------

Condiții actuale

Menționați zona (zonele) de durere:			
Cum s-a agravat condiția după închidere?			
Ce legătură are acest lucru cu accidentul dumneavoastră de muncă?			
De ce doriți să vi se redeschidă solicitarea?			
Când și cu cine ați căutat tratament medical după ce vi s-a închis solicitarea?			
Numele prestatorului:		Număr de telefon	
Adresă	Oraș	Stat	Cod poștal
Datele când s-a făcut tratamentul:			
Numele prestatorului:		Număr de telefon	
Adresă	Oraș	Stat	Cod poștal
Datele când s-a făcut tratamentul:			

Folosiți spațiile de pe verso pentru a adăuga și alți prestatori

Istoricul tratamentului

<i>Dacă răspundeți afirmativ la următoarele întrebări, vă rugăm să introduceți și informații despre prestator în următoarea secțiune.</i>	
Ați avut o nouă rănire de când s-a închis solicitarea? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	Ați căutat tratament?: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu
Descrierea rănilor:	
Data (datele) rănirii:	
Noile răni sunt rezultatul unui accident de mașină? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	Data (date):
Aveți înțelegeri cu alte companii de asigurare? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	
Enumerați înțelegerile:	
Numele companiei (companiilor) sau a asiguratorului (asiguratorilor) :	

Numele muncitorului	Numele solicitării
---------------------	--------------------

Informații despre prestator

Numele prestatorului:		Număr de telefon:	
Adresă	Oraș	Stat	Cod poștal
Datele tratamentului:			
Numele prestatorului:		Număr de telefon:	
Adresă	Oraș	Stat	Cod poștal
Datele tratamentului:			
Numele prestatorului:		Număr de telefon:	
Adresă	Oraș	Stat	Cod poștal
Datele tratamentului:			

Istoricul angajatorului

Numele angajatorului în momentul rănirii	Data rănirii
--	--------------

Enumerați toți angajatorii din momentul rănirii

Numele angajatorului actual:		Număr de telefon	
Adresă	Oraș	Stat	Cod poștal
Denumirea funcției:	Indatoririle funcției:		
Datele angajării:			
Câte ore pe zi ați îndeplinit următoarele îndatoriri?			
_____ Impingere/Tragere	_____ Muncă suplimentară	_____ Lucrul cu tastatura	
_____ Ridicare	_____ Stat în genunchi	_____ Prindere	
Fost angajator:		Număr de telefon	
Adresă	Oraș	Stat	Cod poștal
Denumirea funcției:	Indatoririle funcției:		
Datele angajării De la ____/____/____ până la ____/____/____			
Câte ore pe zi ați îndeplinit următoarele îndatoriri?			
_____ Impingere/Tragere	_____ Muncă suplimentară	_____ Lucrul cu tastatura	
_____ Ridicare	_____ Stat în genunchi	_____ Prindere	

Numele muncitorului:	Numărul solicitării
----------------------	---------------------

Fost angajator:		Număr de telefon	
Adresă		Oraș	Stat
Denumirea funcției:		Indatoririle funcției:	
Datele angajării De la ___/___/___ până la ___/___/___			
Câte ore pe zi ați îndeplinit următoarele îndatoriri?			
_____ Impingere/Tragere	_____ Muncă suplimentară	_____ Lucrul cu tastatura	
_____ Ridicare	_____ Stat în genunchi	_____ Prindere	

Fost angajator:		Număr de telefon	
Adresă		Oraș	Stat
Denumirea funcției:		Indatoririle funcției:	
Datele angajării De la ___/___/___ până la ___/___/___			
Câte ore pe zi ați îndeplinit următoarele îndatoriri?			
_____ Impingere/Tragere	_____ Muncă suplimentară	_____ Lucrul cu tastatura	
_____ Ridicare	_____ Stat în genunchi	_____ Prindere	

V-ați retras din câmpul muncii? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	Dacă da, menționați data: _____
Vă rugăm să menționați motivele retragerii:	
Primiți ajutor social? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	Dacă da, menționați când au început beneficiile: _____
Vă rugăm să menționați motivele pentru care beneficiați de ajutor social:	
Dacă momentan nu lucrați, vă rugăm să explicați de ce:	

Declarația muncitorului: Semnând aceasta, certific în cunoștință de cauză, potrivit legii statului Washington, că ceea ce am declarat este adevărat și corect. De asemenea, înțeleg că o declarație falsă poate cauza sancțiuni civile sau penale.

Semnătura:	Data
------------	------

Numele muncitorului	Numărul solicitării
---------------------	---------------------

Continuarea tabelului

Alți prestatori

Numele prestatorului:		Număr de telefon:	
Adresă	Oraș	Stat	Cod poștal
Datele tratamentului:			
Numele prestatorului:		Număr de telefon:	
Adresă	Oraș	Stat	Cod poștal
Datele tratamentului:			
Numele prestatorului:		Număr de telefon:	
Adresă	Oraș	Stat	Cod poștal
Datele tratamentului:			

Alți prestatori

Fost angajator::		Număr de telefon	
Adresă	Oraș	Stat	Cod poștal
Denumirea funcției:	Indatoririle funcției:		
Datele angajării De la ___/___/___ până la ___/___/___			
Câte ore pe zi ați îndeplinit următoarele îndatoriri?			
_____ Impingere/Tragere	_____ Muncă suplimentară	_____ Lucrul cu tastatura	
_____ Ridicare	_____ Stat în genunchi	_____ Prindere	
Fost angajator:		Număr de telefon	
Adresă	Oraș	Stat	Cod poștal
Denumirea funcției:	Indatoririle funcției:		
Data angajării De la ___/___/___ până la ___/___/___			
Câte ore pe zi ați îndeplinit următoarele îndatoriri?			
_____ Impingere/Tragere	_____ Muncă suplimentară	_____ Lucrul cu tastatura	
_____ Ridicare	_____ Stat în genunchi	_____ Prindere	