Department of Labor and Industries Claims Section PO Box 44291 Olympia WA 98504-4291



Изложение фактов и оснований

Ответы на вопросы ниже необходимы для вынесения решения об удовлетворении Вашего требования о повторном открытии иска. Если Вам требуется дополнительное место, см. приложенные страницы.

Имя и фамилия сотрудника	Номер иска		
екущее состояние			
Перечислите все очаги боли:			
Как Ваше состояние ухудшилось с тех пор, как иск был закрыт	?		1
Каким образом это касается производственной травмы?			-
Почему Вы хотите повторно открыть иск?			
Когда и у кого Вы лечились после закрытия Вашего иска			
Полное имя поставщика медицинских услуг:	Номер телефон	на	
Улица, дом	Город	Штат	Почтовый индекс
Улица, дом	Тород	шіаі	Почтовый индекс
DOTAL BORWLOUMS BOLLOUMS:			
Даты получения лечения: Полное имя поставщика медицинских услуг:	Номер телефон		
riosinee may neerabay ma maay ay misika yoo yir	riemop resiesper		
Улица, дом	Город	Штат	Почтовый индекс
Даты получения лечения:			
используйте дополнительные листы для перечисления всех поставщ	иков медицинских услуг		
стория лечения Если Вы ответили «да» на какой-либо из вопросов ниже	, предоставьте, пожалуйсп	па, данные пос	тавщика
в следующем разделе.	•		
Были ли у Вас новые травмы после закрытия иска?	Обращались ли I медицинской пом	_	ļа
Описание травм:	медицинской пок	лощью: д	ta □ Hei
Дата (-ы) травм:			
Являются ли новые травмы следствием автомобильной а	варии? 🗌 Да 📗 Нет 🗼	Дата (-ы)	
Подавали ли Вы иски в другие страховые компании	Да 🗌 Нет		
Перечислите иски:			
Название компании (-ий) или страхующего (-их) лица:			

Имя и фамилия сотрудника		Номер иска			
Muchaniana a poetabiliaka Magalilia	ILICKIAY VCBVE				
Информация о поставщике медици Полное имя поставщика медицинских		Номер т	елефона		
Полнос ими поставщика модицинских	yosiyi.	тюмор т	олофона		
Улица, дом		Город	Штат	Почтовый индекс	
элица, дом		Тород	ши	почтовый индеко	
Даты получения лечения:					
Полное имя поставщика медицинских	услуг:	Номер т	елефона		
Улица, дом		Город	Штат	Почтовый индекс	
Даты получения лечения:					
Полное имя поставщика медицинских	услуг:	Номер т	елефона		
Улица, дом		Город	Штат	Почтовый индекс	
Даты получения лечения:					
Бедения о трудовой деятельност	И				
Имя работодателя на момент получен		Дата получения тра	ВМЫ		
Перечислите всех работодателей с м	омента получения трав	мы			
Имя работодателя в настоящий мом			елефона		
			·		
Улица, дом		Город	Штат	Почтовый индекс	
1		' ''			
Должность:	Рабочие обязанности:				
Дата устройства на работу:					
Сколько часов в день Вы выполня		едтельности?			
Сколько часов в день ды выполня		бота с поднятыми	Рабо	ота на	
Толкание/таскание	над	д головой руками	клав	виатуре	
Подъем тяжестей		бота в положении оя на коленях	Заж	атие	
Предыдущий работодатель:			елефона		
			·		
Улица, дом		Город	Штат	Почтовый индекс	
Должность:	Рабочие обязанности:				
Hermitee 15.	. acc me condamicoly.				
Дата устройства на работу: С	/ по _				
Сколько часов в день Вы выполня.	пи следующие виды де	ятельности?			
Толкание/таскание	Pat	бота с поднятыми		ота на	
голкание/таскание		ц головой руками бота в положении	клав	виатуре	
		я на коленях	Зажатие		

Имя и фамилия сотрудника		Номер иск	мер иска			
Предыдущий работодатель:			Номер т	елефона		
Улица, дом		Город			Штат	Почтовый индекс
Должность:	Рабочие обязанности:					
Дата устройства на работу: С	_//_ по					
Сколько часов в день Вы выполняли	следующие виды де	еятельности	1?			
Толкание/таскание	Pa	бота с подн	та с поднятыми Работа на оловой руками клавиатуре			
Подъем тяжестей		бота в поло оя на колен				атие
Предыдущий работодатель:			Номер т	елефона		
Улица, дом		Город			Штат	Почтовый индекс
Должность:	Рабочие обязанности:					
Дата устройства на работу: С	/ по	o/_	/			
Сколько часов в день Вы выполняли				1		
Толкание/таскание	Работа с поднятыми над головой руками			Работа на клавиатуре		
Подъем тяжестей	Работа в положении Зажаті		атие			
Вышли ли Вы на пенсию?	а П Нет Есл	пи да, дата	выхода і	на пенсию: _		
Перечислите, пожалуйста, основание	е выхода на пенсию:					
Получаете ли Вы пособия Социального обеспечения?						
Укажите, пожалуйста, причину получ	ения пособий социал	пьного обес	спечения	:		
Если Вы в данный момент не работа	ете, объясните поче	му:				
аявление сотрудника: подписываясь ведений в соответствии с законодател вляется правдивой и правильной. Крог соответствии с гражданским или крим	ьством штата Вашин ме того, я понимаю, ч	нгтон, я зая что дача ло	вляю, что	о указанная	выше инс	формация
Подпись:					Дата	

Имя и фамилия сотрудника		Номер иска				
ополнительный лист						
ополнительные поставщики медиц	цинских услуг					
Полное имя поставщика медицинских ус		Номер	телефона			
Улица, дом	іца, дом			Штат	Почтовый индекс	
Даты получения лечения:						
Полное имя поставщика медицинских ус	SUNL.	Номер	телефона			
TIOTHOG PHIM HOGE COMPING MORPHISMS.)	aryr.	. 1011.5	Полофона			
Улица, дом		Город		Штат	Почтовый индекс	
Даты получения лечения:						
Полное имя поставщика медицинских ус	элуг:	Номер	телефона			
Улица, дом	дом			Штат	Почтовый индекс	
Даты получения лечения:						
ополнительные работодатели предыдущий работодатель:		Howen	телефона			
Предвідущий расотодатоль.		1100000	Пелефона			
Улица, дом		Город		Штат	Почтовый индекс	
элица, дом		Тород		шіаі	Половый индом	
Должность:	Рабочие обязанности:				1	
	/по					
Сколько часов в день Вы выполняли	и следующие виды де	ятельности?				
	Pat	бота с поднятыми			ота на	
Толкание/таскание		над головой руками		клавиатуре		
Подъем тяжестей		Работа в положении стоя на коленях		Заж	ажатие	
Предыдущий работодатель:			телефона			
Улица, дом		Город		Штат	Почтовый индек	
Должность:	Рабочие обязанности:					
Дата устройства на работу: С	//по					
Сколько часов в день Вы выполняли	и следующие виды де	ятельности?				
Толкание/таскание		бота с поднятыми ц головой руками		Работа на клавиатуре		
		бота в положении				
Подъем тяжестей стоя на кол		я на коленях		Заж	атие	