



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
--------------------------	------------

Текущее состояние

Перечислите все очаги боли:			
Как Ваше состояние ухудшилось с тех пор, как иск был закрыт?			
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 телефона	
Улица, дом	Город	Штат	Почтовый индекс
Даты получения лечения:			
Полное имя поставщика медицинских услуг:		Номер телефона	
Улица, дом	Город	Штат	Почтовый индекс
Даты получения лечения:			

используйте дополнительные листы для перечисления всех поставщиков медицинских услуг

История лечения

Если Вы ответили «да» на какой-либо из вопросов ниже, предоставьте, пожалуйста, данные поставщика в следующем разделе.	
Были ли у Вас новые травмы после закрытия иска? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Обращались ли Вы за медицинской помощью?: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Описание травм:	
Дата (-ы) травм:	
Являются ли новые травмы следствием автомобильной аварии? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Дата (-ы)
Подавали ли Вы иски в другие страховые компании <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Перечислите иски:	
Название компании (-ий) или страхующего (-их) лица:	

Имя и фамилия сотрудника	Номер иска
--------------------------	------------

Информация о поставщике медицинских услуг

Полное имя поставщика медицинских услуг:		Номер телефона	
Улица, дом	Город	Штат	Почтовый индекс
Даты получения лечения:			
Полное имя поставщика медицинских услуг:		Номер телефона	
Улица, дом	Город	Штат	Почтовый индекс
Даты получения лечения:			
Полное имя поставщика медицинских услуг:		Номер телефона	
Улица, дом	Город	Штат	Почтовый индекс
Даты получения лечения:			

Сведения о трудовой деятельности

Имя работодателя на момент получения травмы	Дата получения травмы
---	-----------------------

Перечислите всех работодателей с момента получения травмы

Имя работодателя в настоящий момент:		Номер телефона	
Улица, дом	Город	Штат	Почтовый индекс
Должность:	Рабочие обязанности:		
Дата устройства на работу:			
Сколько часов в день Вы выполняете следующие виды деятельности?			
_____ Толкание/таскание	_____ Работа с поднятыми над головой руками	_____ Работа на клавиатуре	
_____ Подъем тяжестей	_____ Работа в положении стоя на коленях	_____ Зажатие	
Предыдущий работодатель:		Номер телефона	
Улица, дом	Город	Штат	Почтовый индекс
Должность:	Рабочие обязанности:		
Дата устройства на работу:	С ____ / ____ / ____ по ____ / ____ / ____		
Сколько часов в день Вы выполняли следующие виды деятельности?			
_____ Толкание/таскание	_____ Работа с поднятыми над головой руками	_____ Работа на клавиатуре	
_____ Подъем тяжестей	_____ Работа в положении стоя на коленях	_____ Зажатие	

Имя и фамилия сотрудника		Номер иска	
Предыдущий работодатель:		Номер телефона	
Улица, дом		Город	Штат Почтовый индекс
Должность:	Рабочие обязанности:		
Дата устройства на работу: С ___/___/___ по ___/___/___			
Сколько часов в день Вы выполняли следующие виды деятельности?			
_____ Толкание/таскание	_____ Работа с поднятыми над головой руками	_____ Работа на клавиатуре	
_____ Подъем тяжестей	_____ Работа в положении стоя на коленях	_____ Зажатие	
Предыдущий работодатель:		Номер телефона	
Улица, дом		Город	Штат Почтовый индекс
Должность:	Рабочие обязанности:		
Дата устройства на работу: С ___/___/___ по ___/___/___			
Сколько часов в день Вы выполняли следующие виды деятельности?			
_____ Толкание/таскание	_____ Работа с поднятыми над головой руками	_____ Работа на клавиатуре	
_____ Подъем тяжестей	_____ Работа в положении стоя на коленях	_____ Зажатие	
Вышли ли Вы на пенсию? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Если да, дата выхода на пенсию: _____	
Перечислите, пожалуйста, основание выхода на пенсию:			
Получаете ли Вы пособия социального обеспечения? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Если да, дата начала получения пособий: _____	
Укажите, пожалуйста, причину получения пособий социального обеспечения:			
Если Вы в данный момент не работаете, объясните почему:			

Заявление сотрудника: подписываясь ниже и осознавая ответственность за предоставление заведомо ложных сведений в соответствии с законодательством штата Вашингтон, я заявляю, что указанная выше информация является правдивой и правильной. Кроме того, я понимаю, что дача ложных сведений может привести к наказанию в соответствии с гражданским или криминальным законодательством.

Подпись:	Дата
----------	------

Имя и фамилия сотрудника	Номер иска
--------------------------	------------

Дополнительный лист

Дополнительные поставщики медицинских услуг

Полное имя поставщика медицинских услуг:		Номер телефона	
Улица, дом	Город	Штат	Почтовый индекс
Даты получения лечения:			
Полное имя поставщика медицинских услуг:		Номер телефона	
Улица, дом	Город	Штат	Почтовый индекс
Даты получения лечения:			
Полное имя поставщика медицинских услуг:		Номер телефона	
Улица, дом	Город	Штат	Почтовый индекс
Даты получения лечения:			

Дополнительные работодатели

Предыдущий работодатель:		Номер телефона	
Улица, дом	Город	Штат	Почтовый индекс
Должность:	Рабочие обязанности:		
Дата устройства на работу С ___ / ___ / ___ по ___ / ___ / ___			
Сколько часов в день Вы выполняли следующие виды деятельности?			
_____ Толкание/таскание	_____ Работа с поднятыми над головой руками	_____ Работа на клавиатуре	
_____ Подъем тяжестей	_____ Работа в положении стоя на коленях	_____ Зажатие	
Предыдущий работодатель:		Номер телефона	
Улица, дом	Город	Штат	Почтовый индекс
Должность:	Рабочие обязанности:		
Дата устройства на работу: С ___ / ___ / ___ по ___ / ___ / ___			
Сколько часов в день Вы выполняли следующие виды деятельности?			
_____ Толкание/таскание	_____ Работа с поднятыми над головой руками	_____ Работа на клавиатуре	
_____ Подъем тяжестей	_____ Работа в положении стоя на коленях	_____ Зажатие	