



Aşağıdaki sorular Yeniden açma talebinizin değerlendirilmesi için gereklidir. Daha fazla alan gerekiyorsa devam sayfasına bakınız.

Çalışanın Adı	Dava Numarası
---------------	---------------

Mevcut Koşullar

Ağrı bölgesi/bölgelerini sıralayın:
Kapanıştan sonra durumunuz nasıl kötüleşti?
Bu durum iş kazasında yaralanmanız ile nasıl ilişkili?
Davanızın yeniden açılmasını neden istiyorsunuz?
Davanız kapandıktan sonra ne zaman ve kiminle tıbbi tedavi almaya çalıştınız?
Sağlayıcının Adı: Telefon numarası
Cadde Adres Şehir Eyalet Posta Kodu
Tedavi tarihleri:
Sağlayıcının Adı: Telefon numarası
Cadde Adres Şehir Eyalet Posta Kodu
Tedavi tarihleri:

ek sağlayıcılar için arkadaki devam sayfasını kullanın

Tedavi Geçmişi

Aşağıdaki sorulardan herhangi birine evet cevabı veriyorsanız, lütfen bir sonraki bölüme sağlayıcı bilgilerini ekleyin.	
Dava kapandıktan sonra yeni bir yaralanma yaşadınız mı?	Herhangi bir tedavi gördünüz mü?:
<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Yaraların açıklaması:	
Yaraların tarih(ler)i:	
Yeni yaralanmalar bir araba kazasının sonucu mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Tarih(ler)
Başka herhangi bir sigorta şirketi ile davanız var mı <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Davaları Listeleysin:	
Şirket(ler) veya Sigortacı(lar)ın Adı:	

Çalışanın Adı	Dava Numarası
---------------	---------------

Sağlayıcı Bilgileri

Sağlayıcının Adı:	Telefon numarası		
Cadde Adres	Şehir	Eyalet	Posta Kodu
Tedavi tarihleri:			
Sağlayıcının Adı:	Telefon numarası		
Cadde Adres	Şehir	Eyalet	Posta Kodu
Tedavi tarihleri:			
Sağlayıcının Adı:	Telefon numarası		
Cadde Adres	Şehir	Eyalet	Posta Kodu
Tedavi tarihleri:			

Çalışma Geçmişi

Yaralanma sırasındaki İşverenin Adı	Yaralanma Tarihi
-------------------------------------	------------------

Yaralanmanızdan sonraki tüm İşverenleri Listeleyin

Şu anki İşverenin Adı:		Telefon numarası	
Cadde Adres	Şehir	Eyalet	Posta Kodu
İş Unvanı:	İş Görevleri:		
İstihdam Tarihi:			
Aşağıdaki görevleri bir günde kaç saat yaptınız?			
İtme/Çekme	Başüstü Çalışma	Klavye	
Kaldırma	Dizüstü Duruşta Çalışma	Kavrama	
Önceki İşveren:		Telefon numarası	
Cadde Adres	Şehir	Eyalet	Posta Kodu
İş Unvanı:	İş Görevleri:		
İstihdam Tarihleri	Başlangıç	Çıkış	
Aşağıdaki görevleri bir günde kaç saat yaptınız?			
İtme/Çekme	Başüstü Çalışma	Klavye	
Kaldırma	Dizüstü Duruşta Çalışma	Kavrama	

Çalışanın Adı	Dava Numarası
---------------	---------------

Önceki İşveren::		Telefon numarası	
Cadde Adres	Şehir	Eyalet	Posta Kodu
İş Unvanı:	İş Görevleri:		
İstihdam Tarihleri	Başlangıç ___/___/___	Çıkış ___/___/___	
Aşağıdaki görevleri bir günde kaç saat yaptınız?			
_____ İtme/Çekme	_____ Başüstü Çalışma	_____ Klavye	
_____ Kaldırma	_____ Dizüstü Duruşta Çalışma	_____ Kavrama	

Önceki İşveren:		Telefon numarası	
Cadde Adres	Şehir	Eyalet	Posta Kodu
İş Unvanı:	İş Görevleri:		
İstihdam Tarihleri	Başlangıç ___/___/___	Çıkış ___/___/___	
Aşağıdaki görevleri bir günde kaç saat yaptınız?			
_____ İtme/Çekme	_____ Başüstü Çalışma	_____ Klavye	
_____ Kaldırma	_____ Dizüstü Duruşta Çalışma	_____ Kavrama	

İşgücünden emekli oldunuz mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Evetseniz, emekli olduğunuz tarih: _____	
Lütfen emeklilik nedeninizi yazın:		
Sosyal Güvenlik Yardımı alıyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		Evetseniz, yardımın başlama tarihi: _____
Lütfen Sosyal Güvenlik Yardımı alma nedeninizi belirtin:		
Şu anda çalışmıyorsanız, lütfen açıklayın:		

İşçinin Beyanı: Aşağıdaki belgeyi imzalayarak, Washington Eyaleti kanunları kapsamındaki yalan yere şahitlik cezasına göre belirtilenlerin doğru ve gerçeğe uygun olduğunu onaylıyorum. Ayrıca yalan beyanın para cezası veya mücrim cezaya yol açabileceğini kabul ediyorum.

İmza:	Tarih
-------	-------

Çalışanın Adı	Dava Numarası
---------------	---------------

Devam Sayfası

Ek Sağlayıcılar

Sağlayıcı Adı:,	Telefon numarası		
Cadde Adres	Şehir	Eyalet	Posta Kodu
Tedavi tarihleri:			
Sağlayıcının Adı:	Telefon numarası		
Cadde Adres	Şehir	Eyalet	Posta Kodu
Tedavi tarihleri:			
Sağlayıcının Adı:	Telefon numarası		
Cadde Adres	Şehir	Eyalet	Posta Kodu
Tedavi tarihleri:			

Ek İşverenler

Önceki İşveren::	Telefon numarası		
Cadde Adres	Şehir	Eyalet	Posta Kodu
İş Unvanı:	İş Görevleri:		
İstihdam Tarihleri	Başlangıç ___/___/___	Çıkış ___/___/___	
Aşağıdaki görevleri bir günde kaç saat yaptınız?			
_____ İtme/Çekme	_____ Başüstü Çalışma	_____ Klavye	
_____ Kaldırma	_____ Dizüstü Duruşta Çalışma	_____ Kavrama	
Önceki İşveren:	Telefon numarası		
Cadde Adres	Şehir	Eyalet	Posta Kodu
İş Unvanı:	İş Görevleri:		
İstihdam Tarihleri	Başlangıç ___/___/___	Çıkış ___/___/___	
Aşağıdaki görevleri bir günde kaç saat yaptınız?			
_____ İtme/Çekme	_____ Başüstü Çalışma	_____ Klavye	
_____ Kaldırma	_____ Dizüstü Duruşta Çalışma	_____ Kavrama	