



## Kërkesë për të rihapur pretendimin për shkak të përkeqësimit të gjendjes

Numri i kërkesës

### Informacioni i punëtorit

Plotësoni pjesën tuaj krejtësisht dhe dorëzoheni tek ofruesi juaj i shërbimit që ju trajton brenda 30 ditësh nga të gjitha shërbimet mjekësore të bëra të nevojshme për shkak të një përkeqësimi të gjendjes tuaj mjekësore. Aplikimi i plotësuar nga ju dhe ofruesi juaj i shërbimit **duhet** të merret nga Departamenti ose i vetë-siguruar brenda 60 ditësh nga të gjitha shërbimet mjekësore të bëra të nevojshme për shkak të një përkeqësimi të gjendjes tuaj mjekësore.

Përdorni këtë formular vetëm nëse gjendja juaj mjekësore është përkeqësuar dhe pretendimi juaj është mbyllur për më shumë se 60 ditë. Nëse keni patur një dëmtim **të ri** në punë, plotësoni një Raport të ri të dëmtimit industrial ose Sëmundjes nga profesioni.

Nëse përfitimet për kohën e humbur paguhen përpara sesa të merret një vendim mbi rihapjen dhe pretendimi juaj nuk është rihapur, do t'ju kërkohet t'i ripaguani ato përfitime. Do të merrni informacion mbi aplikimin tuaj për rihapje brenda 90 ditësh nga marrja prej Departamentit e kërkesës për rihapje.

|  |   |
|--|---|
| Emri (Emri, emri i mesëm, mbiemri)   | A ka ndryshuar emri juaj që ku u mbyll pretendimi juaj?<br><input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po Nëse po, vendosni emrin e mëparshëm: |
| Numri i telefonit në shtëpi  | Numri i sigurimit social (vetëm për ID)   |
| Adresa e tanishme e shtëpisë   | Adresa postare (nëse është e ndryshme nga adresa e shtëpisë)  |
| Qyteti Shteti Kodi postar  | Qyteti Shteti Kodi postar   |
| <input type="checkbox"/> Preferoj që korrespondenca ime të shkojë tek përfaqësuesi im (jepni emrin dhe adresën postare të përfaqësuesit) |   |

|   |  |
|---|--|
| Data e dëmtimit fillestar                                       | Data kur pretendimi u mbyll  |
| Punëdhënësi në kohën e dëmtimit fillestar                       | Emri i plotë i doktorit që ju trajtoi në kohën e mbylljes së pretendimit |
| Cilat pjesë të trupit tuaj u prekën nga ky dëmtim/kjo sëmundje? | Data kur gjendja u përkeqësua pas mbylljes së pretendimit                |

|  |  |
|--|--|
| Cilat janë ankesat tuaja fizike të tanishme?   | A keni patur ndonjë dëmtim/sëmundje të re që nga data e mbylljes së pretendimit?<br><input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po Nëse po, shpjegoni   |
| A u përkeqësua gjendja juaj për shkak të një dëmtimi/aksidenti tjetër ose në punë ose jashtë pune?<br><input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po Nëse po, shpjegoni | A keni marrë ndonjë trajtim mjekësor për këtë gjendje që nga mbyllja e pretendimit?<br><input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po Nëse po, vendosni emrin(at) dhe adresën(at) e doktorit(ëve) që ju trajtuan. |
| Emri i doktorit Numri i telefonit  | Emri i doktorit Numri i telefonit  |
| Qyteti Shteti Kodi postar  | Qyteti Shteti Kodi postar  |

A jeni duke punuar?  
 Po  Jo Nëse jo, pse?  Në pension  I pa-afhtë për të punuar  Pushuar nga puna  U largova nga puna  
Data e fundit e punës:

A keni bërë kërkesë ose jeni duke marrë ndonjë prej përfitimeve të renditura më poshtë?  
 Papunësi  Leje për sëmundje  Ndhimë publike  Përfitime të pensionit  Sigurim të pa-afhtësisë  
 Ndonjë komepsim tjetër të sigurimit industrial? (p.sh. Longshore and Harbor Workers, Jones Act, Railroad)

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| Punëdhënësi i tanishëm ose i fundit |   |
| Adresa                              | Numri i telefonit                             |
| Qyteti                              | Shteti Kodi postar                            |
| Lloji i biznesit                    | Për sa kohë keni punuar për këtë punëdhënësi? |
| Titulli dhe detyrat e punës tuaj    |   |

Cilët punëdhënës dhe tituj të tjerë pune keni patur që kur u mbyll pretendimi juaj?

Vini re: Personi që bën deklaratë të rreme në marrjen e përfitimeve të shërbimit industrial u nënshtrohet ndëshkimeve civile dhe penale. Deklaroj se këto deklaratat janë të vërteta me aq sa kam dijeni dhe besim. Duke nënshkruar këtë formular, lejoj doktorë, spitale, klinika dhe të tjerë me informacion mjekësor të japin regjistrat e mi mjekësorë për Departamentin e Punës dhe Industrive dhe/ose Punëdhënësin e Vetë-siguruar.

Nënshkrimi i pretenduesit

Data

## Provider Information

|              |
|--------------|
| Claim number |
|--------------|

Please complete this form and send it to the State Fund Program or the Self Insurance Program. It will enable us to determine if the current medical condition is due to a worsening of a previous injury. A claim can **only** be reopened if there has been an objective worsening of the allowed condition since the date of closure **and** that worsening is not due to an unrelated or preexisting condition or a new injury.

The completed application **must** be received by the Department or self-insurer within 60 days of any medical services made necessary by a worsening of the worker's condition.

You will be paid for the office call and diagnostic studies necessary to complete the form, however, payment for any additional services not authorized by the department will depend on our decision on the reopening request. **You must be participating in the L&I Medical Provider Network (MPN) to be designated as attending provider, administer treatment, or certify physical restrictions resulting in workers' compensation benefits (exception: out-of-state providers don't need to be in the MPN).** If the claim is reopened, benefits cannot be paid for services provided more than 60 days prior to our receipt of the form. **Answer all questions completely to ensure timely action on this reopening application.** Please mail to the appropriate address on the reverse side. Do **not** attach a bill to this form.

Please describe patient's current symptoms.

What was the FIRST date you saw the patient for these symptoms after claim closure?

Are the symptoms the result of the covered injury?  
 Yes    No

List all the elements of your current medical findings including history, examination, and test results that would support a **measurable (objective) worsening** of the industrial injury or occupational disease since claim closure or the last reopening denial. **Attach test results and findings.**

Upon what information did you rely to make comparison to substantiate worsening? Check appropriate box.

- Provider at the time of claim closure  
  Reviewed the previous medical file  
  Contacted the previous provider  
 Other:

Does the current condition prevent the patient from working?

No    Yes  
 If yes, estimate number of days off work:

Beginning date of current disability

Describe the physical limitations and/or restrictions preventing the patient from working. Please provide the basis for your opinion.

Could the patient return to work with modified or different duties (i.e. light, sedentary work or transitional part time work)?

List all medical factors that might impede or influence the patient's recovery.

What is your specific curative treatment plan? Please include expected recovery time and indicate when the patient may return to some form of work.

Diagnosis of condition found by examination.

ICD Codes.

Provider name (please print)

Provider number

Provider address

Provider phone number

City

State

Zip Code

Provider's signature and date

**Benefits may be delayed if this form is not filled out completely.**  
*Please retain a copy of this reopening application for your records.*