



ሁኔታዎች በመጠየቅ ምክንያት የይገባኛል ጥያቄ ዳግም ለመክፈት የቀረበ ማመልከቻ

የሰራተኛ መረጃ

ድርሻዎን በሙሉ ለፈጣን እርምጃ ይምሉ።

ይህንን ቅጽ የሚጠቀሙበት የህክምና ጉዳይዎ እየተባባሰ ከመጣ እና የይገባኛል ጥያቄዎ ከ 60 ቀናቶች በላይ ተዘግቶ ከቆየ ብቻ ነው። ስራ ላይ አዲስ ጉዳት ካጋጠሙት፣ አዲስ የኢንዱስትሪ ጉዳት ሪፖርት ወይም የስራ ላይ በሽታ ቅጽ ይሙሉ።

የይገባኛል ጥያቄዎ ላይ ውሳኔ ከመስጠቱ በፊት የባክህ ጊዜ ጥቅማጥቅሞች ከተከፈልዎ እና የይገባኛል ጥያቄዎ ዳግም ሳይከፈት ከቀረ፣ እነዚህ ጥቅማጥቅሞች የመመለስ ግዴታ አለብዎ። የይገባኛል ጥያቄዎ እንደገና የመክፈት ማመልከቻ የሚመለከት መረጃ ዲፓርትመንቱ ማመለከቻው ከተቀበለበት ቀን አንስቶ ባለ 90 ቀናቶች ውስጥ ይሰጥዎታል።

ስም (የመጀመሪያ፣ መካከለኛ፣ የመጨረሻ)	የይገባኛል ጥያቄዎ ከተዘጋ ጀምሮ ስምዎ ቀይረው ያውቃሉ? <input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/> አዎ መልስዎ አዎ ከሆነ፣ የቀድሞ ስምዎ ይጥቀሱ:
የቤት ስልክ ቁጥር	የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (ለ ID ብቻ)
የአሁን የቤት አድራሻ	የፖስታ አድራሻ (ከቤት አድራሻ የሚለይ ከሆነ)
ከተማ _____ ክፍለሀገር _____ ዚፕ ኮድ _____	ከተማ _____ ክፍለሀገር _____ ዚፕ ኮድ _____
<input type="checkbox"/> የጽሁፍ መልእክት ወደ እኔ ተወካይ አንዲት አመርጣለሁ (የተወካይዎ ስም እና የፖስታ አድራሻ ይሰጡ)	

ጉዳቱ መጀመሪያ ያጋጠመበት ቀን	የይገባኛል ጥያቄ የተዘጋበት
ጉዳት ሲያጋጥም ጊዜ የነበረው አሰሪዎ	የይገባኛል ጥያቄዎ በተዘጋበት ጊዜ ሲከታተልዎ የነበረው ህኪም ስም
በዚህ ጉዳት/በሽታ የተጎዱ የሰውነት ክፍሎችዎ የትኞቹ ናቸው?	የይገባኛል ጥያቄዎ ከተዘጋ በኋላ ሁኔታው የተባባሰበት ቀን

አካላዊ ቅሬታዎችዎ ምንድን ናቸው?	የይገባኛል ጥያቄዎ ከተዘጋበት ጊዜ ጀምሮ የሆነ አዲስ ጉዳት/በሽታ አጋጥሞት ያውቃል? <input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/> አዎ መልስዎ አዎ ከሆነ፣ ይግለጹ.
ሁኔታዎ በሌላ ጉዳት/አድጋ ምክንያት በስራ ሰአትም ይሁን ከስራ ሰአት ውጪ ተባብሶ ነበር? <input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/> አዎ መልስዎ አዎ ከሆነ፣ ይግለጹ.	የይገባኛል ጥያቄዎ ከተዘጋ ጀምሮ የዚህ ሁኔታ ህክምና ወስደው ያውቃሉ? <input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/> አዎ መልስዎ አዎ ከሆነ፣ ህክምና ያደረገልዎ ህኪም(ህኪሞች) ስም(ስሞች) እና አድራሻ(አድራሻዎች) ይጥቀሱ።
የህኪም ስም _____ ስልክ ቁጥር _____	የህኪም ስም _____ ስልክ ቁጥር _____
ከተማ _____ ክፍለሀገር _____ ዚፕ ኮድ _____	ከተማ _____ ክፍለሀገር _____ ዚፕ ኮድ _____

ስራ በመስራት ላይ ነዎት?
 አዎ አይ መልስዎ አዎ ከሆነ፣ ለምን? ጥሮተኛ መስራት አልችልም ስራአጥ አቋርጫለሁ ለመጨረሻ የሰሩበት ጊዜ:

የሚከተሉት ጥቅሞች ለማግኘት አመልክተው ወይም ተጠቃሚ ሆነው ያውቃሉ?
 ስራ አጥነት የበሽታ አረፍት መንግስታዊ እርዳታ የጥሮታ ጥቅማጥቅሞች የአካል ጉዳት መድሃኒት
 ማንኛውም ሌላ ኢንዱስትሪያል መድሃኒት ካሳ? (በሌላ አባባል፣ Longshore እና Harbor Workers, Jones Act, Railroad)

የአሁን ወይም የቀድሞ አሰሪ

አድራሻ _____	ስልክ ቁጥር _____
ከተማ _____ ክፍለሀገር _____	ዚፕ ኮድ _____
ናይ ቢዝነስ ካይነት _____	ከአሰሪው ጋር ለምን ያህል ጊዜ ሰርተዋል?
የስራ ስም እና ግዴታዎች _____	

የይገባኛል ጥያቄዎ ከተዘጋ ጀምሮ ማን ሌላ አሰሪ እና ምን የስራ አይነት ኖሮት ያውቃል?

ማስታወሻ: አላግባብ የኢንዱስትሪያል አገልግሎቶች ጥቅማጥቅሞች ለማግኘት የውሽት መግለጫ የሚሰጥ ሰው በፍታቢሄር እና በወንጀለኛ መቅጫ ህግ ተጠያቂ ይሆናል። እኔ እስከማውቀው እና እስከማምነው እነዚህ መግለጫዎች እውነተኛ መሆናቸው አረጋግጣለሁ። ይህንን ቅጽ በመፈረም፣ የህክምና መረጃዎ የሚከፈባቸው ህኪሞች፣ ሆስፒታሎች፣ ክሊኒኮች ወይም ሌሎች የእኔ የህክምና መረጃዎቹ ለሰራተኞች እና ኢንዱስትሪያል ክፍል እና/ወይም ለራስ-መድሃኒት አሰሪ እንዲለቁ ፈቅጄላቸዋለሁ።

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.

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.