Dept of Labor & Industries State Fund PO Box 44291 Olympia WA 98504-4291 4hh: 360-902-6100 Dept of Labor & Industries Self-Insurance PO Box 44892 Olympia WA 98504-4892 4-hh: 360-902-6900



## ካሳ ይ**ንባኛል ጥያቄ በድ**<mark>ንሚ ለ</mark>መክፈት ስለማመልከት እየተባባሰ ባለው ሁኔታ መሰረት

የካሳ የይ <i>ገ</i> ባኛል ቁጥር	

የሕክምና ሁኔታዎ እየተባባሰ በመምጣቱ የተነሳ አስፈላጊ የሆኑ ማንኛውም አይነት የሕክምና አገልግሎቶችን ከተረከቡ በኋላ ባሎች 30 ቀናት ውስጥ የእርሶዎን ክፍል ሙሉ ለሙሉ ሞልተው የሕክምና አገልግሎት ለሚሰጥዎት አካል ያስገቡ። የሕክምና ሁኔታዎ እየተባበሰ በመምጣቱ የተነሳ አስፈላጊ የሆኑ ማንኛውም አይነት የሕክምና አገልግሎቶችን ከተረከቡ በኋላ ባሉት 60 ቀናት ውስጥ በእርሶዎ እና ሕክምናዎን በሚሰጥዎት አካል የተሞላው ማመልከቻ ለመምሪያ ክፍሉ ወይም ለመድሕን ዋስትና ሰጪው መሰጠት **አለበት**።

ከሳውን በተመለከተ በድጋሚ የማስከፈት ውሳኔ ላይ ከመደረሱ በፊት የጠፋ ጊዜ ጥቅማ ጥቅሞች ከተከፈሉ እና አቤቱታዎ በድጋሚ የቀረበ ካልነበረ፣ እነዚያን ጥቅማ ጥቅሞች መልሰው እንዲከፍሉ ይጠበቃሉ። በድጋሚ እንዲከፈት የሚለው ማመልከቻ ለስራ ክፍሉ በደረሰው 90 ቀናት ውስጥ በድጋሚ እንዲከፈትልዎት ያስንቡትን ማመልከቻ በተመለከተ መረጃ ይደርስዎታል።

ማሞልከቻ በተሞለከተ ሞረጃ ይደር		ነዲበፈተ የሚለው ማማልበታ	ለበራ ክԳሎ በደረበው	· 90 ዋናተ ውብጥ በድጋሚ እን	ነዲበ <u>ፈተ</u> ልዎት ያበ <i>ዝ</i> ኮተ ነ	
ስም (የእርስዎ፣ የአባትዎ፣ የአያትዎ)			የካሳ ይ <i>ገ</i> ባኛል ጥያቄዎ ከተስተናንደ በኋላ ስምዎን ቀይረዋል?			
የጦኖሪያ ቤት ስልክ ቁጥር			የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር(ለሙታወቂያ ብቻ)			
የአሁኑ የመኖሪያ አድራሻ		የደብዳቤ መላኪያ አድራሻ (ከመኖሪያ አድራሻ የተለየ ከሆነ)				
ከተማ ሀንረ ግ፣	<del>ነ</del> ት	ዚፕ ኮድ	ከተማ	ሀንረ ማዛት	ዚፕ ኮድ	
□ ለእኔ የሚላኩ	ሌ <i>እንዲሄዱ እ</i> ጦር <i>ሰ</i>	ስለሁ (የወኪልዎን ስምና የፖስታ	አድራሻ ይግለፁ)			
የመጀመሪያው ንዳት የደረሰበት ቀን			የካሳ ይ <i>ገ</i> ባኛል ጥያቄ	የተዘ <i>ጋ</i> በት ቀን		
የመጀመሪያው ንዳት በደረሰበት ጊዜ የነበረው አሰሪ			የካሳ ይንባኛል ጥያቄ በሚዘጋበት ጊዜ የሚያክምዎት ዶክተር ሙሉ ስም			
በዚህ ጉዳት/በሽታ የተነሳ የትኛው የአካልዎት ክፍል ነው የተጎዳው?			የካሳ ጥያቄዎ ከተዘጋ በኋላ የጤናዎ ሁኔታ የተባባሰበትን ቀን ይጥቀሱ			
በአሁኑ ጊዜ አካልዎን በተመለከተ ያለዎት ቅሬታ ምንድን ነው?			የካሳ ጥያቄዎ ከተዘጋ ወዲያ አዳዲስ <i>ጉ</i> ዳቶች/ሀመሞች አጋጥሞዎት ነበር? □ አይ □ አዎ ምላሽዎ አዎ ከሆነ፣ ይዘርዝሩ፡			
በስራ ላይ እያሉ አሊያም ከስራ ሰአት ውጪ ባ <i>ጋ</i> ጠመዎት <i>ጉ</i> ዳት/አደ <i>ጋ</i> የተነሳ የጤናዎ ሁኔታ ተባብሶ ነበር? □ አይ □ አዎ ምላሽዎ አዎ ከሆነ፣ ይዘርዝሩ፡			የካሳ ጥያቄዎ ከተዘጋ በኋላ ለዚህ የጤናዎ እክል አንዳች አይነት የሕክምና ክትትል ወስደው ነበር? ከ አይ ከአም ምላሽዎ አዎ ከሆነ፣ ሕክምና የሰጥዎትን ሐኪም (ዎች) ስም እና አድራሻ(ዎች) ይዘርዝሩ፡			
የዶክተር ስም		ስልክ ቁጥር	የዶክተር ስም	•	ስልክ ቁጥር	
ከተማ ሀገረ ግዛ	<del>ነ</del> ት	ዚፕ ኮድ	ከተማ	ሀንረ ግዛት	ዚፕ ኮድ	
በስራ ላይ ነዎት? □ አይ □ አዎ ምላሽዎ አይ ከሆነ፣ ለምን? □ጡረታ ወጥተዋል □ስራ ሞስራት አይችሉም □ ከስራ ንበታዎ ላይ ተቀንሰዋል □ በንዛ ፈቃድዎ ስራዎን አቁመዋል ለሞጨረሻ ጊዜ የሰሩበት ቀን						
ከታች ለተዘረዘሩት የትኛቸውም አይነት ጥቅጣ ጥቅሞች አመልክተዋል አሊያም ደግሞ ከታች የተዘረዘሩትን አንዳቸውም አይነት ጥቅጣ ጥቅም ያገኛሉ? □ ስራ አጥነት □ የሕክምና ፈቃድ □ የማሕበረሰብ እንዛ □ የጡረታ ጥቅጣ ጥቅሞች □ የአካል ጉዳት መድሕን ዋስትና □ ሌላ አይነት የኢንዱስትሪ መድሕን ዋስትና ካሳ? (እንደ Longshore and Harbor Workers, Jones Act, Railroad የመሳሰሉ)						
በአሁኑ ጊዜ የቀጠርዎት ወይም ለመጩረሻ ጊዜ የቀጠርዎት አካል						
አድራሻ ስልክ ቁጥር						
የሐ <i>ገ</i> ረ <i>ግ</i> ዛቱ ከተማ						
የስራው አይነት			ለምን ያሀል ጊዜ ነው	ለዚህ አሰሪ የሰሩት?		
የስራ ማዕረግዎ እና ድርሻዎ						
የካሳ ይንባኛል ጥያቄዎ ከተጠናቀቀ ወዲያ ሌላ ምን አይነት አሰሪዎችና የስራ ድርሻዎች ነበሩዎት?						
ማስታወሻ፡ የእንዱስትሪ አገልግሎት ጥ እስከባባኝና እስከማምነው ድረስ እነዚኒ ሀይልና እንዱስትሪ ክፍል እና/ወይም ዋ	J	<mark>ና</mark> ናቸው ብዬ ቃል እ <i>ን</i> ባለሁ። ሐ <mark></mark>	ኒሞች፣ ሆስፒታሎች፣ ክ	ሊኒኮች፣ ወይም ሌሎች አካላት የ		

ቀን

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 <b>only</b> be reopened if there has been an objective worsening of the allowed condition since the date of closure <b>and</b> that worsening is not due to an unrelated or preexisting condition or a new injury.				
The completed application <i>must</i> 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, exami worsening of the industrial injury or occupational disease since claim closur				
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?	Positioning data of current disability			
□ 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.				

Claim number

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

Zip Code

Provider number

Provider phone number

Provider's signature and date

State

**Provider Information** 

Provider name (please print)

Provider address

City