

طلب إعادة نظر في مطالبة بسبب تفاقم الحالة



Dept of Labor & Industries
Self-Insurance
PO Box 44892
Olympia WA 98504-4892
فاكس: 360-902-6900

Dept of Labor & Industries
State Fund
PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291
فاكس: 360-902-6100

رقم المطالبة

معلومات حول العامل

استكمل الجزء الخاص بك بالكامل وقدمه إلى مقدم خدمة المعالجة الخاص بك في غضون 30 يوماً من تاريخ تقديم أية خدمات طبية لازمة بسبب تفاقم حالتك الطبية. ويتوجب في الطلب المستكمل من جانبك أن تستلمه الوزارة أو شركة التأمين الذاتي في غضون 60 يوماً من تاريخ أية خدمات طبية ضرورية بسبب تفاقم حالتك. لا تستخدم هذا النموذج إلا إذا تفاقت حالتك الطبية وتم إغلاق مطالبتك لأكثر من 60 يوماً. وإذا لحقتك إصابة جديدة في العمل، استكمل تقريراً جديداً للإصابة الصناعية أو نموذج الأمراض المهنية. في حالة دفع مزايا فقدان الوقت قبل اتخاذ قرار بخصوص إعادة فتح المطالبة ولم يتم إعادة فتح مطالبتك، سيتوجب عليك رد تلك المزايا. وستصلك معلومات عن طلب إعادة الفتح الخاص بك في غضون 90 يوماً من تاريخ استلام الوزارة لطلب إعادة الفتح.

الاسم (الأول والأوسط والأخير)	هل تغير اسمك منذ إغلاق المطالبة؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم إذا كانت الإجابة نعم، اذكر الاسم السابق:
رقم هاتف المنزل	رقم الضمان الاجتماعي (للهوية فقط)
عنوان المنزل الحالي	العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن عنوان المنزل)
المدينة	المدينة
الولاية	الولاية
الرمز البريدي	الرمز البريدي
<input type="checkbox"/> أفضل توجيه المراسلات إلى ممثلي (اذكر اسم الممثل وعنوانه البريدي)	

تاريخ الإصابة الأصلية	تاريخ إغلاق المطالبة
صاحب العمل في وقت الإصابة الأصلية	الاسم الكامل للطبيب المعالج في وقت إغلاق المطالبة
ما أعضاء الجسم التي تأثرت بهذه الإصابة/المرض؟	تاريخ تفاقم الحالة بعد إغلاق المطالبة

ما الشكاوى الجسدية التي لديك حالياً؟	هل لحقتك أية إصابات/ أمراض جديدة منذ تاريخ إغلاق المطالبة؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم إذا كانت الإجابة نعم، وضح
هل تفاقت حالتك بسبب إصابة/ حادث آخر أثناء أو خارج العمل؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم إذا كانت الإجابة نعم، وضح	هل تلقيت أي علاج طبي لهذه الحالة منذ إغلاق المطالبة؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم إذا كانت الإجابة نعم، اذكر أسماء وعناوين الأطباء المعالجين.
اسم الطبيب	اسم الطبيب
رقم الهاتف	رقم الهاتف
المدينة	المدينة
الولاية	الولاية
الرمز البريدي	الرمز البريدي

هل تعمل؟ نعم لا إذا كانت الإجابة لا، اذكر السبب متقاعد عاجز عن العمل تم تسريح متوقف تاريخ آخر عمل:

هل تقدمت بطلب لأي من المزايا الموضحة أدناه أو تتلقى أيًا منها؟
 بطالة إجازة مرضية معونة عامة مزايا تقاعد تأمين عجز
 أي تعويض تأمين صناعي آخر؟ (أي، العمال في البحر والموانئ، قانون جونز، السكك الحديدية)

صاحب العمل الحالي أو الأخير	العنوان
رقم الهاتف	المدينة
المدينة	الولاية
الرمز البريدي	الرمز البريدي
نوع النشاط	كم مدة عمالك لدى صاحب العمل؟
مسمك الوظيفي ومهامك	

أصحاب العمل والمسميات الوظيفية الأخرى التي توليتها منذ إغلاق مطالبتك؟

ملاحظة: يخضع الشخص الذي يقدم بيانات كاذبة في سبيل الحصول على مزايا خدمات صناعية للعقوبات المدنية والجنائية. أقر بأن هذه البيانات صحيحة لأقصى درجة. وبالتوقيع على هذا النموذج، أصرح للأطباء أو المستشفيات أو العيادات أو الآخرين ممن لديهم المعلومات الطبية بإرسال سجلاتي الطبية إلى وزارة العمل والصناعات و/ أو صاحب العمل للتأمين الذاتي.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب

