

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

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



Zahtjev za ponovno pokretanje potraživanja Zbog pogoršanja stanja

Informacije o radniku

Popunite svoj dio u potpunosti radi bržeg djelovanja.

Broj potraživanja

Koristite ovaj obrazac samo ako se Vaše zdravstveno stanje pogoršalo i ako je vaše potraživanje zaključeno prije više od 60 dana. Ako ste imali **novu** povredu na radu, popunite novi Izvještaj o povredi na radu ili obrazac za Profesionalna oboljenja.

Ako se nadoknada za gubitak vremena isplati prije odluke o ponovno otvaranju potraživanja, a Vaš zahtjev se ne odobri, od Vas će se tražiti da vratite uplaćeni iznos. Informaciju o ponovnom otvaranju zahtjeva za potraživanje ćete dobiti u roku od 90 dana od dana kada Ministarstvo istu primi.

Ime (Ime, srednje ime, prezime)	Da li ima promjena u Vašem imenu od zaključivanja potraživanja? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da Ako ima, navedite prethodno ime:
Kućni broj telefona	Broj socijalnog osiguranja (samo radi identifikacije)
Adresa prebivališta	Poštanska adresa (ako je drugačija od kućne adrese)
Grad broj Država Poštanski broj	Grad broj Država Poštanski broj
<input type="checkbox"/> Volio bih da moja korespondencija ide mom zastupniku (navedite ime i adresu zastupnika)	

Datum prvobitne povrede	Datum zaključivanja potraživanja
Poslodavac u vrijeme prvobitne povrede	Puno ime ljekara koji Vas je liječio u vrijeme zaključivanja potraživanja
Koji dijelovi tijela su bili povrijeđeni/oboljeli?	Datum kada se stanje pogoršalo nakon zaključivanja potraživanja

Na koje fizičke tegobe se trenutno žalite?	Jeste li imali novih povreda/oboljenja od datuma zaključivanja potraživanja? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da Ako jeste, objasnite
Je li Vam se stanje pogoršalo zbog druge povrede/nezgode bilo na poslu ili negdje drugo? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da Ako jeste, objasnite	Jeste li se liječili nakon zaključivanja potraživanja? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da Ako jeste, navedite ime(na) i adresu (adrese) ljekara koji Vas je liječio (koji su Vas liječili).
Ime ljekara Broj telefona	Ime ljekara Broj telefona
Grad broj Država Poštanski broj	Grad broj Država Poštanski broj

Radite li trenutno?
 Da Ne Ako ne, zašto? U penziji Nesposoban za rad Otpušten Napustio Navedite datume kada ste radili:

Jeste li tražili ili imate neka od primanja navedena ispod?
 Naknada za nezaposlenost Bolovanje Javna pomoć Penzija Invalidnina
 Neku drugu naknadu osiguranja od povreda na radu? (npr. Longshore and Harbor Workers, Jones Act, Railroad)

Sadašnji ili posljednji poslodavac	
Adresa	Broj telefona
Grad	Država Poštanski broj
Vrsta posla	Koliko dugo ste radili za tog poslodavca?
Vaše radno mjesto i dužnosti	

Na kojim ste drugim radnim mjestima radili i koje ste dužnosti obavljali od zaključivanja Vašeg potraživanja?

Napomena: Osobe koje daju lažnu izjavu radi sticanja koristi će biti predmet građanskog i krivičnog gonjenja. Izjavljujem da su navedene tvrdnje tačne i istinite. Potpisivanjem ovog obrasca, dopuštam ljekarima, bolnicama, klinikama i ostalima koji imaju zdravstveni dosje da ustupe moj zdravstveni karton Ministarstvu za rad i privredu i/ili poslodavcu sa vlastitim osiguranjem.

Potpis podnosioca

Datum:

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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Provider at the time of claim closure <input type="checkbox"/> Reviewed the previous medical file <input type="checkbox"/> Contacted the previous provider <input type="checkbox"/> Other:	
Does the current condition prevent the patient from working? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 Code	State
Zip	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.