



## Molba za ponovno otvaranje zahtjeva Zbog pogoršanja stanja

Broj zahtjeva

### Informacije o radniku

Popunite sav svoj dio i predajte ga pružaocu usluga kod kojeg se liječite u roku od 30 dana od bilo koje medicinske usluge neophodne zbog pogoršanja vašeg stanja. Molbu koju ste vi popunili i vaš pružalac usluga **mora** primiti Odjeljenje ili samoosiguravač u roku od 60 dana od bilo koje medicinske usluge neophodne zbog pogoršanja vašeg stanja.

Ovaj obrazac koristite samo ako se vaše zdravstveno stanje pogoršalo i ako je vaš zahtjev zatvoren duže od 60 dana. Ako ste imali **novu** povredu na poslu, popunite novi obrazac Report of Industrial Injury or Occupational Disease (Prijava o industrijskoj povredi ili Profesionalnom oboljenju).

Ako se naknade za gubitak vremena isplate prije nego što se donese odluka o ponovnom otvaranju, a vaš zahtjev ne bude ponovo otvoren, od vas će se tražiti da vratite te naknade. Primićete informacije o vašoj molbi za ponovno otvaranje u roku od 90 dana od dana kada Odjeljenje primi molbu za ponovno otvaranje.

Ime (prvo, srednje, prezime)	Je li se vaše ime promijenilo od kada je zatvoren vaš zahtjev? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da Ako jeste, navedite prethodno ime:				
Broj kućnog telefona	Broj socijalnog osiguranja (samo za identifikaciju)				
Adresa trenutnog stana	Poštanska adresa (ako je različita od vaše kućne adrese)				
Grad	Država	Poštanski broj	Grad	Država	Poštanski broj
<input type="checkbox"/> Radije bih da moja prepiska ide mom zastupniku (navedite ime i poštansku adresu zastupnika)					

Datum prve povrede	Datum zatvaranja zahtjeva
Poslodavac u vrijeme nastanka prve povrede	Puno ime liječnika koji vas je liječio u vrijeme zatvaranja zahtjeva
Koji dijelovi tijela su zahvaćeni ovom povredom/bolešću?	Datum kojeg je stanje postalo gore nakon zatvaranja zahtjeva

Koja su vaše trenutne pritužbe na fizičko stanje?	Jeste li imali bilo kakve nove ozljede od datuma zatvaranja zahtjeva? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da Ako jeste, objasnite				
Da li se vaše stanje pogoršalo zbog druge povrede/nezgode bilo na poslu ili van posla? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da Ako jeste, objasnite	Jeste li primili medicinsku terapiju za ovo stanje od zatvaranja zahtjeva? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da Ako jeste, navedite ime(na) i adresu/e liječnika koji su liječili.				
Ime i prezime liječnika	Broj telefona	Ime i prezime liječnika	Broj telefona		
Grad	Država	Poštanski broj	Grad	Država	Poštanski broj

Da li radite?  
 Da  Ne Ako ne, zašto?  U penziji  Nesposoban/a za rad  Opušten(a)  Dao/la otkaz Datum zadnjeg radnog dana:

Jeste li podnijeli molbu za ili da li primete neku od dolje navedenih naknada?  
 Nezaposlenost  Bolovanje  Javna pomoć  Naknade za penziju  Invalidsko osiguranje  
 Bilo koja druga naknada od industrijskog osiguranja? (npr. Longshore and Harbor Workers, Jones Act, Railroad)

Sadašnji ili posljednji poslodavac		
Adresa	Broj telefona	
Grad	Država	Poštanski broj
Vrsta preduzeća	Koliko dugo ste radili za ovog poslodavca?	
Naziv vašeg radnog mjesta i dužnosti		

Koje druge poslodavce i nazive radnog mjesta ste imali od kada je zatvoren vaš zahtjev?

Napomena: Osoba koja daje lažne izjave u svrhu dobivanja naknada za industrijske službe podliježe građanskim i krivičnim kaznama. Izjavljujem da su ove izjave istinite prema mom najboljem saznanju i uvjerenju. Potpisivanjem ovog obrasca dopuštam liječnicima, bolnicama, klinikama ili drugima koji imaju medicinske podatke da objave moju medicinsku dokumentaciju Odjelu za rad i industriju i/ili samoosiguranom poslodavcu.

Potpis podnosioca zahtjeva

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.

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.*