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

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



တောင်းဆိုမှုကို ပြန်ဖွင့်ရန် လျှောက်လွှာ အရြေအနေ ပိုဆိုးရွားလာမှုကြောင့်

အလုပ်သမားအချက်အလက်

တောင်းဆိုမှုတင်သွင်းချက် နံပါတ်	

သင်၏ကျန်းမာရေးအခြေအနေ ပိုမိုဆိုးရွားလာသဖြင့် လိုအပ်သော မည်သည့်ဆေးဘက်ဆိုင်ရာဝန်ဆောင်မှုများမဆို ရက်ပေါင်း 30 အတွင်း သင့်အပိုင်းကို အပြည့်အစုံဖြည့်သွင်းပြီးနောက် ၎င်းအား သင့်ကူသပေးသူထံ တင်ပြပါ။ သင်မှ ပြည့်စုံစွာဖြည့်စွက်ထားပြီး သင်ပေးဆောင်ထားသောလျှာက်လွှာသည် သင်၏ ဆိုးရွားလာမှုကြောင့် လိုအပ်သော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများကို ရက်ပေါင်း 60 အတွင်း ဌာန သို့မဟုတ် ကိုယ်တိုင်အာမခံသူမှ လက်ခံရရှိ ရပါမည်။

သင့်ကျန်းမာရေးအခြေအနေ ဝိုဆိုးလာပြီး သင်၏တောင်းဆိုမှုကို ရက်ပေါင်း 60 ကျော် ဝိတ်ထားခြင်းဖြစ်မှသာလျှင် <u>တ</u>ြပုံစံကို အသုံးပြုပါ။ အလုပ်တွင် ဒက်ရာ *အသစ်* ရပါက စက်မှုထိခိုက်ဒက်ရာရမှု သို့မဟုတ် လုပ်ငဲန်းခွင်ရောဂါ အစီရင်စံစာပုံစံအသစ်ကို ဖြည့်စွဲက်ပါ။

ပြန်လည်ဖွင့်လှစ်ခြင်းဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်မချမီ အချိန်ဆုံးရုံးမှု အကျိုးခံစားစွင့် များကို ပေးချေပြီး သင့်တောင်းဆိုမှုကို ပြန်လည်မဖင်ပါက၊ ထိအကျိုး ခံစားခင်မားကို သင် ပြန်ဆပ်ရန် လိအပ်မည်ဖြစ်သည်။

အမည (ပထမ၊ အလယ၊ (င့်လှစ်သည့်လျှောက်လွှာကို လက်ခံရရှိပြီး ရက်ပေါင်း 90 အတွင်း သင်၏ပြန်လည်ဖွင့်လှစ်သည့်လျှောက်လွှာနှင့်ပတ်သက်သည့် အချက် အလက်များကို သင် ရရှိမည်ဖြစ်ပါသည်။ အလယ်၊ နောက်ဆုံး) — အလည်၊ နောက်ဆုံး)					
အိမ်ဖုန်း နံပါတ်				🔲 မဟုတ်ပါ 🗍 ဟုတ်သည် ဟုတ်သည်ဆိုလျှင် ယခင်အမည်ကို ရေးပါ - လူမှုလုံခြုံရေးနံပါတ်(ID အတွက်သာ)		
လက်ရှိ အိမ် နေရပ်လိပ်စာ)		စာပို့လိပ်စာ (အိမ်နေရပ်လိပ်	စ်စာနှင့် မတူပါက)		
<u> </u>	ပြည်နယ်	စာပို့ကုဒ်	<u></u> 음.	ပြည်နယ်	စာပို့ကုဒ်	
ကျွန်ုပ်၏လက်ခံရရှိသေ	ဘစာအား ကျွန်ုပ်၏ ကိုယ်စားလှယ်ဝ	ာံသို့ ပေးပို့ရန် နှစ်သက်သည် (c		ဝိပ်စာကို ပေးပါ)		
မူလဒဏ်ရာရသည့် ရက်စွဲ			တောင်းဆိုမှုပိတ်သည့်ရက်စွဲ	}		
မူလဒက်ရာရရှိချိန်တွင် အ	၊လုပ်ရှင်		တောင်းဆိုမှုပိတ်ချိန်တွင် သ	င့်အားကုသပေးနေသည့် ဆရာဝန်	၏အမည်အပြည့်အစုံ	
ယခုဒက်ရာ/ရောဂါကြောင့်	ဲ့ သင့်ခန္ဓာကိုယ်၏ မည်သည့်အစိတ်	အပိုင်းများတွင် ထိခိုက်ပါသလဲ။	တောင်းဆိုမှုပိတ်ပြီးနောက် း	အခြေအနေ ပိုဆိုးလာသည့် ရက်စွဲ		
သင်၏ လက်ရှိ ကျန်းမာဓေ	ရးဆေးစစ်ခြင်းဆိုင်ရာ မကျေနပ်ချက်	များက ဘာတွေလဲ။	တောင်းဆိုမှုပိတ်သည့်နေ့မှ ြ မရှိပါ ြ ရှိပါသည် (ာ၍ သင့်တွင် ထိနိုက်ဒက်ရာ/ရောဂ ရှိပါက ရှင်းပြပါ။	ါ အသစ်များ ရှိပါသလား။	
အလုပ်တွင်ဖြစ်စေ အခြားဂ ပိုဆိုးလာပါသလား။ □ မရှိပါ □ ရှိပါသည်	ဘွင်ဖြစ်စေ ထိခိုက်မှု/မတော်တဆမှု ရှိပါက ရှင်းပြပါ။	တစ်ခုကြောင့် သင့်အခြေအနေ	သင်ရရှိခဲ့ပါသလား။	ာ ဤအခြေအနေအတွက် ဆေးဘ သည် ဟုတ်သည်ဆိုလျှင် ဆရာဝ		
ဆရာဝန်နာမည်		ဖုန်းနံပါတ်	ဆရာဝန်နာမည်		ဖုန်းနံပါတ်	
<u>ි</u>	ပြည်နယ်	စာပို့ကုဒ်	<u></u> ලි.	ပြည်နယ်	စာပို့ကုဒ်	
သင် အလုပ် လုပ်ပါသလာ ြ ဟုတ်သည် ြ မဟု နောက်ဆုံးရက် -	း။ တိပါ မဟုတ်ပါက၊ အဘယ်ကြောင့်	နည်း။ 🗌 အငြိမ်းစားယူသည်	🗌 အလုပ်မလုပ်နိုင်ပါ 🔲 အလု	ပ်ပြုတ်သည် 🔲 အလုပ်ထွက်သ	ည် အလုပ် လုပ်ခဲ့သည့်	
🗌 အလုပ်လက်မဲ့ 🔲 နာ	သာ အကျိုးခံစားခွင့်များကို သင်လျှေ ၁မကျန်းခွင့် 🔲 ပြည်သူ့အကူအညီ ပျာ်ကြေးများ ရှိပါသလား။ (ဥပမာ၊ L	🔲 အငြိမ်းစားခံစားခွင့် 🔲 မသ	ာန်စွမ်းမှု အာမခံ	d)		
လက်ရှိ သို့မဟုတ် နောဂ	ာ်ဆုံးအလုပ်ရှင်၏ အမည်စာလုံး					
လိပ်စာ				ဖုန်း နံပါတ်		
<u></u>			ပြည်နယ်	စာပို့ကုဒ်		
လုပ်ငန်း အမျိုးအစား			ဤအလုပ်ရှင်အတွက် သင်ဖ	မည်မှုကြာ အလုပ်လုပ်ခဲ့ပါလဲ။		
သင့်အလုပ် ရာထူး နှင့် တ	- ၁ဝန်များ					
သင့်တောင်းဆိုမှုကို ပိတ်ဂ	ပိုက်ကတည်းက သင့်တွင် အ <u>ရြား</u> အဖ	လုပ်ရှင်များနှင့် အလုပ်ရာထူးများ	းရှိပါသလား။			

ရက်စွဲ

တောင်းဆိုသူ၏ လက်မှတ်

Provider Information	Claim number
	December 16 will analyse to determine 36 the

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.

1115 101111.					
Please describe patient's current symptoms.					
What was the FIRST date you saw the patient for these symptoms after	Are the symptoms the result of the covered injury?				
claim closure?	☐ Yes ☐ No				
List all the elements of your current medical findings including history, exam					
worsening of the industrial injury or occupational disease since claim closu	re or the last reopening denial. Attach test results and findings.				
Upon what information did you rely to make comparison to substantiate wor	sening? Check appropriate box.				
Provider at the time of claim closure Reviewed the previou					
Other:					
Does the current condition prevent the patient from working?	Beginning date of current disability				
☐ No ☐ Yes If yes, estimate number of days off work:					
Describe the physical limitations and/or restrictions preventing the patient from	om working. Please provide the basis for your opinion.				
Could the patient return to work with modified or different duties (i.e. light, se	edentary 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 reco	very time and indicate when the patient may return to some form of work.				
,					
Diagnosis of condition found by examination.					
Diagnosis of condition found by examination.					
ICD Codes.					
lob dddd.					
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.