



ពាក្យសុំបើកការទាមទារឡើងវិញ

ដោយសារតែស្ថានភាពកាន់តែអាក្រក់ទៅៗ

លេខទាមទារ

ព័ត៌មានអំពីនិយោជិត

បំពេញផ្នែករបស់អ្នកឱ្យបានពេញលេញ ហើយដាក់បញ្ជូនទៅអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃសេវាវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយដែលចាំបាច់ដោយស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកកាន់តែអាក្រក់ទៅៗ។ ពាក្យស្នើសុំដែលបំពេញដោយអ្នក និងការផ្តល់របស់អ្នកត្រូវតែត្រូវបានទទួលដោយនាយកដ្ឋាន ឬអ្នកធានាដោយខ្លួនឯងក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃនៃសេវាវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយដែលចាំបាច់ដោយសារភាពកាន់តែអាក្រក់របស់អ្នក។

ប្រើបែបបទនេះ ប្រសិនបើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកកាន់តែអាក្រក់ទៅៗប៉ុណ្ណោះ ហើយការទាមទាររបស់អ្នកត្រូវបានបិទអស់រយៈពេលជាង 60 ថ្ងៃ។ ប្រសិនបើអ្នកមានរបួសថ្មីនៅកន្លែងធ្វើការ សូមបំពេញរបាយការណ៍ថ្មីនៃការរងរបួសឧស្សាហកម្ម ឬបែបបទជំងឺការងារ។

ប្រសិនបើអត្ថប្រយោជន៍ការបាត់បង់ពេលវេលាត្រូវបានបង់មុនពេលការសម្រេចចិត្តអំពីការបើកឡើងវិញត្រូវបានធ្វើឡើង ហើយការទាមទាររបស់អ្នកមិនត្រូវបានបើកឡើងវិញទេ អ្នកនឹងត្រូវបានទាមទារឱ្យសងអត្ថប្រយោជន៍ទាំងនោះវិញ។ អ្នកនឹងទទួលបានព័ត៌មានអំពីការបើកកម្មវិធីរបស់អ្នកឡើងវិញក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការទទួលបានពាក្យសុំបើកឡើងវិញរបស់នាយកដ្ឋាន។

នាម (នាមខ្លួន កណ្តាល នាមត្រកូល)	តើអ្នកបានផ្លាស់ប្តូរឈ្មោះចាប់តាំងពីការទាមទាររបស់អ្នកបានបិទឬទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស បើមាន រាយឈ្មោះពីមុន។
លេខទូរសព្ទនៅផ្ទះ	លេខសន្តិសុខសង្គម (សម្រាប់តែ ID ប៉ុណ្ណោះ)
លេខទូរសព្ទបច្ចុប្បន្ន	អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ (បើខុសពីអាសយដ្ឋានទីលំនៅ)
ទីក្រុង រដ្ឋ កូដហ្សឺប	ទីក្រុង រដ្ឋ កូដហ្សឺប
<input type="checkbox"/> ខ្ញុំចូលចិត្តការឆ្លើយឆ្លងរបស់ខ្ញុំទៅកាន់អ្នកតំណាងរបស់ខ្ញុំ (ផ្តល់ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍របស់អ្នកតំណាង)	
កាលបរិច្ឆេទនៃការរងរបួសដើម	កាលបរិច្ឆេទនៃការទាមទារត្រូវបានបិទ
និយោជកនៅពេលមានរបួសដើម	ឈ្មោះពេញរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលព្យាបាលអ្នកនៅពេលបិទការទាមទារ
តើផ្នែកខ្លះនៃរាងកាយរបស់អ្នកត្រូវបានប៉ះពាល់ដោយរបួស/ជំងឺនេះ?	ស្ថានភាពកាលបរិច្ឆេទកាន់តែអាក្រក់ទៅៗបន្ទាប់ពីការបិទការទាមទារ
តើអ្វីជាការត្រូវតែរងការព្យាបាលបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក?	តើអ្នកមានរបួស/ជំងឺថ្មីទេ ចាប់តាំងពីថ្ងៃបិទការទាមទារ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស បើមាន សូមពន្យល់
តើស្ថានភាពរបស់អ្នកកាន់តែអាក្រក់ទៅៗដោយសាររបួស/គ្រោះថ្នាក់ផ្សេងទៀត ទាំងក្នុង ឬក្រៅការងារមែនទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស បើមាន សូមពន្យល់	តើអ្នកបានទទួលការព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយសម្រាប់ស្ថានភាពនេះតាំងពីការបិទ ការទាមទារ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស បើមាន ចូររាយឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលកំពុងព្យាបាល។
ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត លេខទូរសព្ទ	ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត លេខទូរសព្ទ
ទីក្រុង រដ្ឋ កូដហ្សឺប	ទីក្រុង រដ្ឋ កូដហ្សឺប
តើអ្នកកំពុងធ្វើការឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បើទេ ហេតុអ្វី? <input type="checkbox"/> ចូលនិវត្តន៍ <input type="checkbox"/> មិនអាចធ្វើការបាន <input type="checkbox"/> បានបញ្ឈប់ <input type="checkbox"/> ចាកចេញ កាលបរិច្ឆេទចុងក្រោយបានធ្វើការ:	
តើអ្នកបានដាក់ពាក្យសុំ ឬកំពុងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដូចខាងក្រោមដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> ភាពគ្មានការងារធ្វើ <input type="checkbox"/> សម្រាកឈឺ <input type="checkbox"/> ជំនួយសាធារណៈ <input type="checkbox"/> អត្ថប្រយោជន៍ចូលនិវត្តន៍ <input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រងពិការភាព <input type="checkbox"/> សំណងធានារ៉ាប់រងឧស្សាហកម្មផ្សេងទៀត? (ឧ. Longshore និង Harbor Workers, Jones Act, Railroad)	
និយោជកបច្ចុប្បន្ន ឬចុងក្រោយ	
អាសយដ្ឋាន	លេខទូរសព្ទ
ទីក្រុង	រដ្ឋ កូដហ្សឺប
ប្រភេទអាជីវកម្ម	តើអ្នកបានធ្វើការឱ្យនិយោជកនេះរយៈពេលយូរប៉ុណ្ណាហើយ?
តួនាទី និងភារកិច្ចរបស់អ្នក	

តើនិយោជក និងមុខតំណែងការងារផ្សេងទៀតដែលអ្នកមានចាប់តាំងពីការទាមទាររបស់អ្នកត្រូវបានបិទ?

កំណត់សម្គាល់: បុគ្គលដែលធ្វើសេចក្តីថ្លែងការណ៍មិនពិតក្នុងការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍សេវាកម្មឧស្សាហកម្មត្រូវទទួលបានការពិន័យរដ្ឋប្បវេណី និងព្រហ្មទណ្ឌ។ ខ្ញុំសូមប្រកាសថាសេចក្តីថ្លែងការណ៍ទាំងនេះគឺជាការពិតចំពោះចំណេះដឹង និងជំនឿដ៏ល្អបំផុតរបស់ខ្ញុំ។ ក្នុងការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យគ្រូពេទ្យ មន្ទីរពេទ្យ គ្លីនិក ឬអ្នកផ្សេងទៀតដែលមានព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ ដើម្បីបញ្ជាក់កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំទៅកាន់នាយកដ្ឋានការងារ និងឧស្សាហកម្ម និង/ឬនិយោជកដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយខ្លួនឯង។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកទាមទារ កាលបរិច្ឆេទ

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.