



លិខិតដាក់ពាក្យសុំបើកសំណុំរឿងទាមទារការសំណងឡើងវិញ
ដោយសារជម្ងឺបានធ្លាក់ធ្ងន់ធ្ងរ

លេខសំណុំរឿងទាមទារសំណង

ព័ត៌មានរបស់កម្មករ

ចូរបំពេញផ្នែកនានាដែលលោកអ្នកត្រូវបំពេញបានសព្វគ្រប់ ដើម្បីទទួលបាននូវចំណាត់ការទាន់ពេល។

ចូរប្រើទម្រង់នេះតែប្រសិនណាបើជម្ងឺរបស់លោកអ្នកបានធ្លាក់ធ្ងន់ធ្ងរ ហើយសំណុំរឿងទាមទារសំណងរបស់លោកអ្នកបានបិទអស់រយៈពេលជាង 60 ថ្ងៃប៉ុណ្ណោះ។ បើលោកអ្នកមានគ្រោះថ្នាក់ឬជម្ងឺណាមួយផ្សេងទៀតនៅនឹងកន្លែងធ្វើការ នោះចូរបំពេញទម្រង់រាយការណ៍គ្រោះថ្នាក់ឧស្សាហកម្មឬជម្ងឺពាក់ព័ន្ធការប្រកបមុខរបរ (Report of Industrial Injury or Occupational Disease form)។

ឈ្មោះ: (នាមខ្លួន, នាមកណ្តាល, នាមក្រកូល)	តាំងពីពេលសំណុំរឿងបានបិទ តើលោកអ្នកមានបានប្តូរឈ្មោះរបស់លោកអ្នកឬទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចា: បើឆ្លើយថា បាទ/ចា:, ចូរប្រាប់ឈ្មោះពីមុនរបស់លោកអ្នក ៖
លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ:	លេខសន្តិសុខសង្គម (សម្រាប់តែការបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណ (ID) ប៉ុណ្ណោះ)
អាសយដ្ឋានផ្ទះបច្ចុប្បន្ន	អាសយដ្ឋានផ្ទើសបុត្រ (ប្រសិនបើខុសគ្នាពីអាសយដ្ឋានផ្ទះ)
ក្រុង រដ្ឋ លេខស៊ីបកូដ	ក្រុង រដ្ឋ លេខស៊ីបកូដ
<input type="checkbox"/> ខ្ញុំចង់ឲ្យអ្នកតំណាងរបស់ខ្ញុំ ធ្វើកិច្ចការទាំងនេះជំនួសខ្ញុំ (ចូរប្រាប់ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់អ្នកតំណាងរូបនោះ)	

ថ្ងៃមានគ្រោះថ្នាក់ដំបូង	ថ្ងៃបិទសំណុំរឿងទាមទារសំណង
ឈ្មោះនិយោជកនៅពេលមានគ្រោះថ្នាក់ដំបូង	ឈ្មោះពេញរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត ដែលព្យាបាលលោកអ្នកនៅពេលសំណុំរឿងកំពុងបិទ
តើគ្រោះថ្នាក់ឬជម្ងឺនេះបានបង្កផលប៉ះពាល់ដល់រាងកាយរបស់លោកអ្នកលើផ្នែកឬអ្វីយ៉ាងណាខ្លះ?	ថ្ងៃដែលជម្ងឺបានធ្លាក់ធ្ងន់ធ្ងរនៅក្រោយពេលសំណុំរឿងបានបិទ

តើការតវ៉ាចំពោះបញ្ហាសុខភាពរាងកាយបច្ចុប្បន្នរបស់លោកអ្នកមានអ្វីខ្លះ?	តើលោកអ្នកមានគ្រោះថ្នាក់/ជម្ងឺថ្មីណាមួយ តាំងពីថ្ងៃដែលសំណុំរឿងទាមទារសំណងបានបិទឬ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចា: បើឆ្លើយថា បាទ/ចា:, ចូរពន្យល់
តើជម្ងឺរបស់លោកអ្នកបានធ្លាក់ធ្ងន់ធ្ងរ ដោយសារមានគ្រោះថ្នាក់ណាមួយផ្សេងទៀត ដែលបានកើតឡើងនៅក្នុងឬនៅក្រៅពេលបំពេញការងារឬ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចា: បើឆ្លើយថា បាទ/ចា:, ចូរពន្យល់	តើលោកអ្នកបានទទួលការព្យាបាលណាមួយសម្រាប់ជម្ងឺនេះ តាំងពីពេលសំណុំរឿងទាមទារសំណងបានបិទឬទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចា: បើឆ្លើយថា បាទ/ចា:, ចូរប្រាប់ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់ (បណ្ឌិត)វេជ្ជបណ្ឌិត ដែលបានផ្តល់ការព្យាបាល។
ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត លេខទូរស័ព្ទ	ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត លេខទូរស័ព្ទ
ក្រុង រដ្ឋ លេខស៊ីបកូដ	ក្រុង រដ្ឋ លេខស៊ីបកូដ

សព្វថ្ងៃ លោកអ្នកកំពុងតែធ្វើការឬ?
 បាទ/ចា: ទេ បើឆ្លើយថា បាទ/ចា:, ហេតុអ្វី? ចូលនិវត្តន៍ ធ្វើការមិនបាន ត្រូវគេបញ្ឈប់ពីការងារ ឈប់ធ្វើការដោយខ្លួនឯង
ថ្ងៃធ្វើការចុងក្រោយបង្អស់ ៖

តើលោកអ្នកមានបានដាក់ពាក្យសុំ ឬកំពុងទទួលជំនួយណាមួយខាងក្រោមនេះឬទេ?
 ជំនួយរ៉ាប់រងការអត់ការងារធ្វើ ជំនួយរ៉ាប់រងពេលឈឺថ្នាក់ ជំនួយសាធារណៈ ជំនួយចូលនិវត្តន៍ ជំនួយធានារ៉ាប់រងពិការភាព
 ជំនួយធានារ៉ាប់រងការទូទាត់សំណងឧស្សាហកម្មណាមួយផ្សេងទៀត? (ឧទាហរណ៍ ៖ ជំនួយ Longshore and Harbor Workers, ជំនួយ Jones Act, ជំនួយ Railroad)

និយោជកបច្ចុប្បន្ន ឬនិយោជកអតីតកាល

អាសយដ្ឋាន	លេខទូរស័ព្ទ
ក្រុង រដ្ឋ លេខស៊ីបកូដ	

ប្រភេទអាជីវកម្ម	តើលោកអ្នកបានធ្វើការឲ្យក្រុមហ៊ុននេះអស់រយៈពេលយូរប៉ុណ្ណា ?
-----------------	---

តួនាទី និងកាតព្វកិច្ចរបស់លោកអ្នកក្នុងការងារនេះ

តើលោកអ្នកបានធ្វើការឲ្យក្រុមហ៊ុន និងមានតួនាទីការងារណាមួយផ្សេងទៀត តាំងពីពេលដែលសំណុំរឿងទាមទារសំណងបាននេះបានបិទប្រទេ ?

កំណត់សម្គាល់ ៖ ជនដែលធ្វើសេចក្តីថ្លែងការណ៍ក្លែងក្លាយដើម្បីឲ្យបានជំនួយរ៉ាប់រងសេវាឧស្សាហកម្ម នឹងត្រូវជាប់ទោសរដ្ឋប្បវេណី និងទោសព្រហ្មទណ្ឌ។ ខ្ញុំសូមប្រកាសថា សេចក្តីថ្លែងការណ៍ទាំងនេះគឺសុទ្ធតែពិតប្រាកដ ទៅតាមចំណេះដឹង និងជំនឿរបស់ខ្ញុំ។ តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ, ខ្ញុំយល់ព្រមអនុញ្ញាតឲ្យវេជ្ជបណ្ឌិត, មន្ទីរពេទ្យ, មន្ទីរគ្លីនិក ឬមន្ទីរពាក់ព័ន្ធឆ្នើមទៀត ដែលមានព័ត៌មានពេទ្យ អាចបើកបញ្ជូនសំណុំរឿងពេទ្យរបស់ខ្ញុំ ទៅឲ្យក្រសួងការងារនិងឧស្សាហកម្ម (Department of Labor and Industries) និង/ឬនិយោជកដែលមានការធានារ៉ាប់រងផ្ទាល់ខ្លួន (Self-Insured Employer) ណាមួយ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកទាមទារសំណង 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.

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.