

درخواست برای بازگشایی پرونده به دلیل بدتر شدن وضعیت پزشکی



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

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

شماره پرونده

اطلاعات کارگر

بخش مربوط به خودتان را به طور کامل و دقیق تکمیل کنید و ظرف 30 روز پس از تاریخ دریافت هرگونه خدمات پزشکی که به دلیل بدتر شدن وضعیت پزشکی شما ضروری بوده، آن را به ارائه دهنده معالج خود تحویل دهید. درخواست تکمیل و تحویل شده توسط شما باید ظرف 60 روز از تاریخ دریافت هرگونه خدمات پزشکی که به دلیل بدتر شدن وضعیت پزشکی شما ضروری بوده، توسط اداره کل یا کارفرمای داری بیمه خویش فرما دریافت شود.

فقط در صورتی از این فرم استفاده کنید که وضعیت پزشکی شما بدتر شده باشد و پرونده مربوط به ادعای شما برای مدت بیش از 60 روز بسته شده باشد. اگر شما دچار یک آسیب جدید در محل کار شده‌اید، یک فرم «گزارش آسیب صنعتی» (Report of Industrial Injury) یا فرم «بیماری شغلی» (Occupational Disease) جدید را تکمیل کنید. چنانچه قبل از تصمیم‌گیری درباره بازگشایی پرونده، مزایای از دست دادن زمان پرداخت گردد و پرونده شما بازگشایی نشود، شما ملزم به بازپرداخت آن مزایا خواهید بود. شما اطلاعات مربوط به درخواست بازگشایی پرونده‌تان را ظرف 90 روز پس از دریافت رسید اداره کل مبنی بر وصول درخواست بازگشایی دریافت خواهید کرد.

نام (نام کوچک، نام وسط، نام خانوادگی)		آیا نام شما از زمان بسته شدن پرونده‌تان تغییر کرده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله اگر بله، نام قبلی را ذکر کنید:	
شماره تلفن خانه		شماره سوشال سکوریته (فقط برای شناسایی)	
نشانی منزل فعلی		نشانی پستی (اگر با نشانی منزل تفاوت دارد)	
شهر	ایالت	شهر	ایالت
<input type="checkbox"/> ترجیح می‌دهم که مکاتبات مربوط به پرونده من به نشانی نماینده‌ام ارسال شود (نام و نشانی پستی نماینده را ذکر کنید)			

تاریخ آسیب اصلی	تاریخ بسته شدن پرونده
کارفرما در زمان آسیب اصلی	نام کامل پزشک معالج شما در زمان بسته شدن پرونده
چه قسمت‌هایی از بدن شما تحت تأثیر این آسیب/بیماری قرار گرفته است؟	تاریخ بدتر شدن وضعیت پزشکی پس از بسته شدن پرونده

شکایات فیزیکی فعلی شما چیست؟	آیا از تاریخ بسته شدن پرونده، دچار آسیب/بیماری جدیدی شده‌اید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله اگر بله، توضیح دهید
آیا وضعیت پزشکی شما به دلیل آسیب/حادثه دیگری در حین کار یا خارج از محیط کار بدتر شده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله اگر بله، توضیح دهید	آیا از زمان بسته شدن پرونده، هیچ‌گونه درمان دارویی را برای این وضعیت دریافت کرده‌اید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله اگر بله، نام(ها) و نشانی(های) پزشک(های) معالج را ذکر کنید.
نام پزشک	شماره تلفن
شهر	ایالت
شهر	ایالت
شهر	ایالت
شهر	ایالت

آیا در حال حاضر کار می‌کنید؟
 بله بله اگر خیر، چرا؟ بازنشسته کارافتاده تعدیل شده ترک شغل آخرین تاریخی که کار کردید:

آیا برای هیچ‌یک از مزایای ذکر شده در زیر، درخواست داده‌اید یا هیچ‌یک از آنها را دریافت می‌کنید؟
 بیکاری مرخصی استعلاجی کمک عمومی مزایای بازنشستگی بیمه معلولیت
 سایر غرامت‌های بیمه صنعتی؟ (یعنی «کارگران ساحل و بندر» (Longshore and Harbor Workers)، قانون جونز (Jones Act)، راه‌آهن)

کارفرمای فعلی یا قبلی	
نشانی	شماره تلفن
شهر	ایالت
شهر	ایالت
نوع فعالیت	چه مدت برای این کارفرما کار کرده‌اید؟
عنوان شغل و وظایف شغلی شما	

از زمان بسته شدن پرونده خود، چه کارفرمایان و عناوین شغلی دیگری داشته‌اید؟

توجه: اظهارات خلاف واقع برای اخذ مزایای خدمات صنعتی مشمول مجازات مدنی و کیفری می‌باشد. اینجانب اعلام می‌کنم که اظهارات فوق تا جایی که می‌دانم و اعتقاد دارم دقیق و درست است. با امضای این فرم، به پزشکان، بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها، یا سایر افراد دارای اطلاعات پزشکی اجازه می‌دهم سوابق پزشکی من را در اختیار اداره کل کار و صنایع و/یا کارفرمای داری بیمه خویش فرما قرار دهند.

تاریخ

امضای مدعی

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? <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 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.