

درخواست بازگشایی پرونده

با توجه به بدتر شدن وضعیت



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

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

شماره دعوی

اطلاعات کارمند

بخش مربوط به خود را به طور کامل پر کنید تا اقدامات فوری انجام گیرد.

تنها در صورتی از این فرم استفاده کنید که وضعیت پزشکی شما بدتر شده باشد و بیش از 60 روز از بسته شدن پرونده دعوی شما گذشته باشد. اگر در حین کار آسیب جدیدی دیده اید، می بایست یک فرم جدید آسیب صنعتی یا فرم بیماری های مربوط به مشاغل پر کنید.

اگر قبل از صدور حکم مبنی بر بازگشایی دعوی شما، مزایای از دست دادن زمان دریافت کرده باشید و پرونده تان بازگشایی نشود می بایست مزایای پرداخت شده را بازگردانید. ظرف مدت 90 روز پس از آن که درخواست بازگشایی شما دریافت شد، اطلاعات مربوط به بازگشایی پرونده خود را دریافت خواهید کرد.

نام (نام، نام میانی، نام خانوادگی)		آیا نام شما از زمان بسته شدن پرونده دعوی تغییر کرده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله اگر بله، نام قبلی خود را ذکر کنید:	
شماره تلفن منزل		شماره تامین اجتماعی (تنها برای ID)	
آدرس کنونی منزل		آدرس پستی (در صورتی که با آدرس منزل تفاوت دارد)	
شهر	ایالت	شهر	ایالت
کدپستی		کدپستی	
<input type="checkbox"/> ترجیح می دهم مکاتبات با من از طریق نماینده ام انجام شود (نام و آدرس پستی نماینده را ذکر کنید)			

تاریخ آسیب دیدگی ابتدایی	تاریخ بسته شدن پرونده دعوی
کارفرما در زمان آسیب دیدگی ابتدایی	نام کامل پزشک معالج شما در زمان بسته شده پرونده دعوی
کدام بخش های بدن شما تحت تاثیر این آسیب دیدگی/بیماری بوده اند؟	تاریخ بدتر شدن وضعیت پس از بسته شده پرونده دعوی

مشکلات فیزیکی شما در حال حاضر چیست؟	آیا از زمان بسته شده پرونده دعوی دچار آسیب دیدگی/بیماری دیگری شده اید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله اگر شده اید، لطفا توضیح دهید		
آیا شرایط شما به خاطر آسیب دیدگی/حادثه دیگر در کار یا بیرون از کار بدتر شده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله اگر شده اید، لطفا توضیح دهید	آیا از زمان بسته شده پرونده دعوی به خاطر این وضعیت تحت درمان پزشکی قرار گرفته اید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله اگر بله، نام و آدرس پزشک(ان) معالج را ذکر کنید.		
نام پزشک	شماره تلفن	نام پزشک	شماره تلفن
شهر	ایالت	شهر	ایالت
کدپستی		کدپستی	

آیا مشغول به کار هستید؟
 بله خیر اگر خیر، چرا؟ بازنشستگی عدم توانایی کار کردن اخراج شدن استعفا دادن آخرین تاریخی که سر کار رفتید:

آیا برای دریافت مزایای زیر درخواست داده اید یا این مزایا را دریافت می کنید؟
 بیکاری مرخصی استعلاجی کمک های عمومی مزایای بازنشستگی بیمه ناتوانی
 مزایای سایر بیمه های صنعتی؟ (مانند بیمه کارگران Longshore و Harbor، بیمه Jones Act، یا کارکنان راه آهن)

کارفرمای کنونی یا گذشته	
آدرس	شماره تلفن
شهر	ایالت
نوع کار	چه مدت برای این کارفرما کار کرده اید؟
عنوان شغلی و وظایف	

از زمان بسته شدن پرونده دعوی چه عناوین شغلی یا کارفرمایان دیگری داشته اید؟

توجه: افرادی که در مورد دریافت مزایای خدمات صنعتی اظهارات نادرست داشته باشند، مشمول مجازات های مدنی و جنایی خواهند بود. اینجانب بدینوسیله تایید می کنم که تا جایی که می دانم و باور دارم، اطلاعات فوق درست می باشد. با امضای این فرم، به پزشکان، بیمارستان ها، کلینیک ها و سایر افراد دارای اطلاعات پزشکی این اجازه را می دهم که سوابق پزشکی مرا به وزارت کار و صنایع و/یا کارفرمایان بیمه شده ارائه کنند.

تاریخ

امضای درخواست کننده

