



# 상태 악화로 인한 청구 재개 신청서

청구 번호
-------

### 직원 정보

귀하의 질병 악화로 인해 의료 서비스가 필요하게 된 날로부터 30일 이내에 귀하의 작성 부분을 모두 작성하시고 치료 제공자에게 제출하십시오. 귀하께서 작성하고 제출하신 신청서는 **반드시** 귀하의 질병 악화로 인해 의료 서비스가 필요하게 된 날로부터 60일 이내에 노동산업부 또는 자가보험사(self-insurer)에서 수령하도록 해야 합니다.

본 양식은 귀하의 질병이 악화되었고 귀하의 청구가 60일 이상 종결 상태인 경우에만 이용하십시오. 귀하께서 **새로운** 업무 상해를 입으셨다면 새 산업재해 보고서(Report of Industrial Injury) 또는 직업성 질환(Occupational Disease) 양식을 작성해 주십시오.

재개 결정을 내리기 전에 손실 시간 보상금이 지급되었고 귀하의 청구가 재개되지 않은 경우에는 귀하께서 받으신 보상금을 반환하셔야 합니다. 노동산업부에서 재개 신청서를 수령한 날로부터 90일 이내에 귀하의 재개 신청에 대한 정보를 받아보시게 됩니다.

성명(이름, 중간 이름, 성)	청구 종결 후 개명을 하셨습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 예라고 답변하셨다면 이전 이름을 적어주십시오:
자택 전화번호	사회보장번호(ID용)
현재 자택 주소	우편 주소(자택 주소와 다른 경우)
시                                  주                                  우편번호	시                                  주                                  우편번호
<input type="checkbox"/> 서신을 대리인을 통해 받는 것을 선호합니다(대리인의 이름과 우편 주소를 알려주십시오)	

최초 상해 발생일	청구 종결일
최초 상해 시 고용주	청구 종결 시 귀하를 치료한 의사의 성명
이 상해/질병으로 인해 귀하의 어떤 신체 부위가 영향을 받았습니까?	청구 종결 후 상태가 악화된 날짜

현재 귀하의 신체적 불편 사항은 무엇입니까?	청구 종결 후 새로운 상해/질병이 발생했습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 예라고 답변하셨다면 설명해 주십시오.
업무로 인한, 또는 업무와 무관한 상해/사고로 인해 상태가 악화되었습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 예라고 답변하셨다면 설명해 주십시오.	청구 종결 후 이 질병에 대한 치료를 받으셨습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 예라고 답변하셨다면, 치료 의사의 이름과 주소를 적어 주십시오.
의사 이름                                  전화번호	의사 이름                                  전화번호
시                                  주                                  우편번호	시                                  주                                  우편번호

직장에 다닙니까?  
 예  아니요 아니요라고 답변하셨다면 이유는 무엇입니까?  은퇴  업무를 할 수 없음  실업 중  퇴직  
 마지막으로 근무한 날짜:

아래 열거된 수당 중 신청을 하셨거나 받고 계신 수당이 있습니까?  
 실업  병가  공적 부조  퇴직 연금  장애 보험  
 기타 다른 산업 보험 보상을 받으십니까? (즉, 항만 및 부두 근로자, Jones Act, 철도)

현재 또는 이전 고용주	
주소	전화번호
시	주                                  우편번호
업종	이 고용주 아래에서 얼마나 근무하셨습니까?
귀하의 직함과 직무	

청구 종결 후 귀하에게 다른 고용주와 직함이 있었습니까?

참고: 산업 서비스 혜택을 받기 위해 허위 진술을 한 사람은 민사 및 형사 상의 처벌을 받게 됩니다. 본인은 본 진술서가 본인이 알고 있고 생각하는 한 최선의 사실임을 선언합니다. 본인은 이 양식에 서명함으로써 의사, 병원, 진료소 등이 본인의 의료 기록을 노동산업부(Department of Labor and Industries) 및/또는 자가보험 가입 고용주에게 공개하도록 허용합니다.

청구인 서명

날짜

## 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.*