



산재보상청구 재개 신청서

이유: 상태 악화로 재개 신청

근로자 정보

해당 정보를 빠짐 없이 기입해야 신속하게 조치할 수 있습니다.

산재보상청구 번호

귀하의 의학적 상태가 악화되었고, 귀하의 산재보상청구건이 종결된지 60 일이 넘는 경우에만 이 양식을 사용하십시오. 직장에서 부상을 새로 입은 경우에는 산업재해 또는 직업병 보고서(Report of Industrial Injury or Occupational Disease)를 새로 작성하십시오.

산재보상청구건 재개 신청 후 재개되지 않은 경우, 산재보상청구건 재개 결정 전에 지급받은 산재보상금은 환급해야만 합니다. 귀하의 산재보상청구 재개 신청에 관한 정보는 노동산업부에 산재보상청구건 재개 신청서 접수 후 90 일 이내에 보내드립니다.

성함(이름, 중간이름, 성)	귀하의 산재보상청구건이 종결된 후 귀하의 이름이 바뀌었습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 '예'일 경우 이전 이름을 기재하십시오:
자택 전화번호	사회보장번호(ID 용)
현재 자택 주소	우편 주소(자택 주소와 다를 경우 기재)
시 주 우편번호	시 주 우편번호
<input type="checkbox"/> 저는 제가 수신할 통신문을 제 대리인에게 보내주기를 원합니다.(대리인의 이름과 우편주소를 기재할 것)	

원래 재해일	산재보상청구건 종결일
원래 재해 당시의 고용주	산재보상청구건 종결 시점에 귀하를 치료한 의사의 이름
이 재해/질병으로 인해 신체 어느 부분에 문제가 있습니까?	산재보상청구건 종결 이후 귀하의 상태가 악화된 날짜

지금 현재 귀하의 신체적 문제점은 무엇입니까?	산재보상청구건 종결일 이후에 또 다른 재해를 입었거나/질병을 앓았습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 '예'일 경우 설명하십시오.
업무 중에 또는 후에 또 다른 재해/사고로 인해 귀하의 상태가 악화되었습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 '예'일 경우 설명하십시오.	산재보상청구건 종결 후, 이 상태에 대해 의학적 치료를 받은적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 '예'일 경우 치료한 의사(들)의 이름과 주소를 기재할 것
의사 이름	전화번호
시 주 우편번호	시 주 우편번호

일을 하고 있습니까?
 예 아니요 '아니요'일 경우, 이유는 무엇입니까? 퇴직 일을 할 수 없음 일시 해고 그만둠 마지막 근무일:

아래 중 신청을 했거나 받고 있는 혜택이 있습니까?
 실직수당 병가 정부보조금 퇴직 연금 장애 보험
 또 다른 산재보험보상을 받고 있습니까? (예: Longshore and Harbor 근로자, Jones Act, 철도)

현재 또는 최종 고용주	
주소	전화번호
시 주 우편번호	우편번호
사업 종류	이 고용주를 위해 얼마동안 일했습니까?
귀하의 직위 및 업무	

귀하의 산재보상청구건 종결 이후에 달리 일한 고용주나 직위가 있습니까?

참고: 산재 혜택을 수령하기 위해 허위로 진술하는 사람은 민,형사적 처벌을 받을 수 있습니다. 본인은 이 진술 내용이 본인이 알고 믿고 있는 사실에 근거한 내용임을 선언합니다. 본인은 의사, 병원, 클리닉 또는 기타 의료진이 본인의 의료 정보를 노동산업부 및/또는 자가 보험 고용주에게 공개해도 됨을 이 양식에 본인의 서명으로 허용합니다.

신청인의 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.

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.