



ژماره‌ی داواکاری

زانیاری کارمنده

بشې خوت به تهاوتی بو هماغاهلگرتی خیرا تهاو بکه.

نهم فورمه تهنها کاتیک بهکار بهینه دخی پزشکیت خراپ بووه و داواکاریهکت بو زیاتر له 60 روژ داخراوه. نهمگر برینداری تهاوت لاسر کار همیه، فورمی
Report of Industrial Injury or Occupational Disease (راپورتدانی برینداری بوون به هوی کار بیان نهخوشی پیشه‌یی) پر بکهوه.

نهمگر بینهفیتهمکانی لهدستدانی کات بهر له بریاردان سهارت به دووبار مکردنهوی بدریت و داواکاریهکت دووباره ناکریتهمه، نهاو پیوسته نهم بینهفیتانه دووباره بکرتهمه. تو زانیاری
سهارت به داوای دووباره کردنهوت له ماوه 90 روژ دواوی و مرگرتی دواوی دووبار مکردنهوی فرمانگه و مردهگرت.

ناو (ناو، نیوندناو، پاشناو)		نایا له کاتمی که داواکاریهکت پیشکمش کردوه نای خوت گوریوه؟ <input type="checkbox"/> نهمخیر <input type="checkbox"/> بملی نهمگر وهلامهکت بملی په، نای پیشوت بنوسه:	
ژماره تلهفونی مالیه		ژماره بیمه کومه لایمی (تهنها بو پیناسهکردن)	
ناونیشانی نیستای خانوو		ناونیشانی پوستی (نهمگر جیاپه له ناونیشانی خانوومه)	
شار	ویلاپت	شار	ویلاپت
کودی پوستی			
<input type="checkbox"/> ن وام پنباشه که نامه بنوسم بو نوینهمکم (ناو و ناونیشانی نیمیلی نوینهمکم بنوسه)			

روژی نهمسلی برینداری بوون	روژی داخستی داواکاریهکه
خاونکار له کاتی برینداری بوونی نهمسلی	نای تهاوی نهم پزشکیه که کاتی دواوی بهستن دا درمانی توی کرد
نهم برینداریه/نهمخوشیه کاری کرده سر کام بهک له بهشهمکانی جهسته می تو؟	دواوی بهستن دخی روژمه خراپتر بوو

سکالا فیزیکیهمکانی نیستای تو چین؟	نایا له دواوی دواوی بهستن/تهقل هیچ برینداری/نهمخوشیه می نویت همیه؟ <input type="checkbox"/> نهمخیر <input type="checkbox"/> بملی نهمگر وهلامهکت بملی په روونی بکهوه
نایا دخی تو به هوی نهخوشی/پیکدادانیکمی دیکه له سر کار بیان درموهی کار خراپتر بووه؟ <input type="checkbox"/> نهمخیر <input type="checkbox"/> بملی نهمگر وهلامهکت بملی په روونی بکهوه	نایا له دواوی دواوی بهستن هیچ چارهمسریه می پزشکیت بو نهم حالته و مرگرتوه؟ <input type="checkbox"/> نهمخیر <input type="checkbox"/> بملی نهمگر وهلامهکت بملی په، نای و ناونیشانی پزشکی (همکان) بنوسه.
ژماره تلهفون	ژماره تلهفون
شار	شار
ویلاپت	ویلاپت
کودی پوستی	

نایا کار دهکمی؟
 بملی نهمخیر نهمگر وهلامهکت نهمخیره، بوچی؟ خانمشین همیونی توانای کار مرگراو له کار وازهینان کونا زروژی کارکردن:

نایا دواوی همریه کم بینهفیته ریزکراوانه می خوارموت کردوه بیان و مرگرتوه؟
 بیکاری هولمی نهخوشی تهاومتی گشتی بینهفیتهمکانی خانمشینی لیمه می کمهمندمی
 همچشنه قهرمیوی بیمه پیشه‌یی دیکه؟ (بو نمونه، Longshore and Harbor Workers [کارمندان کمنراو و بهندر]، Jones Act [پاسای جونز]، ریگای ناسن)

خاونکاری نیستا بیان پیشوو	
ناونیشان	ژماره تلهفون
شار	ویلاپت
کودی پوستی	
جوری کار	چنده بو نهم خاونکاره کارت کرد؟
نای کار و نهمهمکانی تو	

لهدواوی داخستی دواوی کاریت، چ خاونکار یک بان نای پیشه‌یی دیکت همیوه؟

تیبینی: نهم کهمی که لیدوانی همله لاسر بهدهستهمکانی بینهفیتی ختم می پیشه‌یی دردهکات نهاو سزای سفیل و تاوانی لاسر دهدریت. من پشتر استی دهکهمه که له لیدوانانه به دروستی
ناگادارم و نهمه به تهاوتی بیرورای من نیشان دمدان. من به واژوکردنی نهم فورمه، ریگه به پزشکی، نهمخوشانه، کلینیک بیان کسانیکمی دیکه که زانیاری پزشکیان همیه دمد که تومار
پزشکیهمکانی من بدن به Department of Labor and Industries (فرمانگهی کار و پیشه‌سازی) و لایان خاونکاری خوبیمهکراو.

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.