



# Daxwaza vekirina dozê

## Ji ber ku rewş her ku diçe xerabtir dibe

Jimareya Daxwazê

### Agahdariyên Karker

Beşa xwe bi tevahî temam bikin û di nav 30 rojan piştî her xizmetên bijîjkî yên ku ji ber xirabbûna rewşa weya bijîjkî hewce ne, pêşkêşî lînêrîna tenduristiyê bikin. Daxwaza ku ji aliyê we ve hatî temam kirin û ji aliyê we ve hatî şandin **divê** di nav 60 rojan piştî hemî xizmetên bijîjkî yên ku ji ber xirabbûna rewşa we hewce ne ji aliyê dezgeh an xwe-sîgortegir ve were wergirtin.

Vê formê bikar bînin tenê eger rewşa weya bijîjkî xirabtir bibe û doza we ji 60 rojan zêdetir girtî be. Eger di cihê kar de tûşî birînek ya **nû** giran bibin, Forma Rapora Birîna Pîşesaziyê an Nexweşiya Pîşeyî ya nû tije bikin.

Eger feydeyên wendakirinê berî biryara vebûnê were dayîn û doza we ji nû ve neyê vekirin, dê ji we were xwestin ku hûn wan fêdeyan vegerînin. Hûn ê di nav 90 rojan de piştî wergirtina daxwaza vekirina ji nû ve ji Wezarete agahdarî li ser daxwaza xwe ya vebûnê bistînin.

|   |  |
|---|--|
| Nav (Pêşnav, Navîn, Paşnav)   | Ji dema ku doza we girtî bûye, navê we guheriye?<br><input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> Erê Eger Erê, navê berê binivîse: |
| Hejmara telefona malê   | Hejmara Ewlekariya Civakî (tenê ID)  |
| Navnîşana malê ya niha  | Navnîşana posteyê (eger ji navnîşana malê cûda be)   |
| Bajar Parezgeh Koda Zîp   | Bajar Parezgeh Koda Zîp  |
| <input type="checkbox"/> Ez hez dikim ku nameyên min biçim cem nûnerê min (nav û navnîşana posta nûnerê nîşan bide) |  |

|   |   |
|---|---|
| Roja birîndariya sereke                                 | Roja girtinê ya daxwazê                           |
| Kardêr di dema birîna sereke de                         | Navê tevahî doktorê we di dema girtina daxwazê de |
| Kîjan beşên laşê we ji vê birîn/nexweşiyê bandor dibin? | Piştî girtina dozê rewş xirabtir bû               |

|  |  |
|--|--|
| Giliyên we yên laşî yên niha çi ne?  | Ji dema ku doz hatiye girtin ve birînen/nexweşiyên we yên nû derketine?<br><input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> Erê Eger Erê, şirove bike                                |
| Ji ber birînek/qezayeke din dema ku hûn li ser kar in an ne ji kar in, rewşa we xirabtir bûye?<br><input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> Erê Eger Erê, şirove bike | Ji dema ku doz hatiye girtin we ji bo vê rewşê derman standiye?<br><input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> Erê Eger Erê, nav û navnîşana (ên) bijîjkên dermanker binivîsin. |
| Navê doktor Hejmara telefonê   | Navê doktor Hejmara telefonê   |
| Bajar Parezgeh Koda Zîp  | Bajar Parezgeh Koda Zîp  |

Ma hûn dixebitin?  
 Erê  Na Eger na, çima na?  Teqawîd  Nikare bixebite  Ji kar hatiye  Avêtin Roja dawî ya xebatê:

Ma we ji bo yek ji wan feydeyên ku li jêr hatine rêz kirin daxwaz kiriye an wergirtine?  
 Bêkarî  betlaneya nexweşiyê  alîkariya dewletê  alîkariyên teqawidbûnê  sîgorteya seqetiyê  
 Gelo tezmînata sîgorteya pîşesaziyê ya din heye? (Wekî Karkerên Langshore û Bendergehane, Qanûna Jones, Rêhesin)

|                            |   |
|----------------------------|---|
| Kardêrê niha an dawî       |   |
| Navnîşana hejmara telefonê | Hejmara telefonê                            |
| Koda ZIP ya dewletê        | Parezgeh Koda Zîp                           |
| Tîpa Karsaziyê             | Hûn ji kengî de ji bo vî kardêrî dixebitin? |
| Sernav û erkên we yên kar  |   |

Çi kardêr û sernavên we yên din hene ji dema ku doza we girtî ye?

Hişyarî: Gotinên xelet di wergirtina feydeyên xizmetên pîşesaziyê de rastî cezayên medenî û zindanê tê. Ez êşkere dikim ku ev gotin bi qasî ku ez dizanim û bawer dikim rast in. Bi îmzekirina vê formê, ez rê didim bijîjk, nexweşxane, klînîk, an kesên din ên ku agahdariya bijîjkî ne ku qeydên min ên bijîjkî pêşkêşî Wezareta Kar û Pîşesazî û/an kardêrê Xwe-sîgorte bikin.

Îmzeya dozger

Roj

## 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.*