



# दाबीलाई पुनः खोल्न आवेदन स्वास्थ्य अवस्था बिग्रिएको कारण

दाबी नम्बर

## कामदारको जानकारी

तपाईंको भाग पूर्ण रूपमा पूरा गर्नुहोस् र त्यसलाई तपाईंको चिकित्सा अवस्था बिग्रँदै गएको कारण आवश्यक पर्ने कुनै पनि चिकित्सा सेवाहरूको 30 दिनभित्र तपाईंको उपचार प्रदायकलाई पेश गर्नुहोस्। तपाईंले भर्नुभएको वा उपलब्ध गराउनुभएको आवेदन तपाईंको चिकित्सा अवस्था बिग्रिएको कारण आवश्यक पर्ने कुनै पनि चिकित्सा सेवाहरूको 60 दिनभित्र विभाग वा स्व-बीमाकर्ताले प्राप्त गर्नुपर्छ।

तपाईंको स्वास्थ्य अवस्था बिग्रिएको छ र तपाईंको दाबी बन्द भएको 60 दिनभन्दा बढी हुन्छ भने मात्र यो फाराम प्रयोग गर्नुहोस्। यदि तपाईंलाई काममा हुँदा नयाँ चोटपटक लागेको थियो भने, नयाँ औद्योगिक चोटपटक वा पेशागत रोग रिपोर्ट फाराम भर्नुहोस्।

पुनः खोल्ने सम्बन्धमा निर्णय हुनु अघि नै समय क्षतिका लाभहरू भुक्तान गरिन्छ र तपाईंको दाबी पुनः खोलिएको छैन भने, तपाईंले ती लाभहरू पुनः भुक्तान गर्न आवश्यक हुने छ। विभागले तपाईंको पुनः खोल्ने आवेदन प्राप्त गरेको 90 दिनभित्रमा तपाईंले आफ्नो पुनः खोल्ने आवेदनका बारेमा जानकारी प्राप्त गर्नु हुने छ।

नाम (पहिलो, बीचको, अन्तिम)	तपाईंको दाबी बन्द भएदेखि तपाईंको नाम परिवर्तन भएको छ? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ यदि छ भने, निम्नलिखित अघिल्लो नाम सूचीबद्ध गर्नुहोस्:
घरको फोन नम्बर	सामाजिक सुरक्षा नम्बर (आइडीका लागि मात्र)
हालको घरको ठेगाना	पत्राचार ठेगाना (घरको ठेगानाभन्दा फरक छ भने)
शहर राज्य जिप कोड	शहर राज्य जिप कोड
<input type="checkbox"/> म मेरा पत्र-व्यवहार मेरा प्रतिनिधि कहाँ पुगोस् भन्ने चाहन्छु (प्रतिनिधिको नाम र पत्राचार ठेगाना दिनुहोस्)	

सुरुमा चोटपटक लागेको मिति	दाबी बन्द भएको मिति
सुरुमा चोटपटक लाग्दाको समयको रोजगारदाता	दाबी बन्द भएको समयमा तपाईंलाई उपचार गर्नुभएको चिकित्सकको पूरा नाम
यो चोटपटक/रोगका कारण तपाईंका शरीरका कुन-कुन भागहरू प्रभावित छन्?	दाबी बन्द भएपछि अवस्था बिग्रिएको मिति

तपाईंका हालका शारीरिक दुखेसोहरू के-के हुन्?	दाबी बन्द भएदेखि तपाईंलाई कुनै नयाँ चोटपटकहरू/बिमारीहरू लागेको थियो? <input type="checkbox"/> थिएन <input type="checkbox"/> थियो यदि थियो भने व्याख्या गर्नुहोस्
काममा हुँदा वा नहुँदा भएको अर्को चोटपटक/दुर्घटनाको कारण तपाईंको अवस्था बिग्रिएको थियो? <input type="checkbox"/> थिएन <input type="checkbox"/> थियो यदि थियो भने व्याख्या गर्नुहोस्	तपाईंले दाबी बन्द भएदेखि यो अवस्थाका लागि कुनै चिकित्सा उपचार प्राप्त गर्नुभएको थियो? <input type="checkbox"/> थिएन <input type="checkbox"/> थियो यदि थियो भने, उपचार गर्ने चिकित्सक(हरू)को नाम(हरू) र ठेगाना(हरू) सूचीबद्ध गर्नुहोस्।
चिकित्सकको नाम फोन नम्बर	चिकित्सकको नाम फोन नम्बर
शहर राज्य जिप कोड	शहर राज्य जिप कोड

तपाईं काम गर्दै हुनुहुन्छ? <input type="checkbox"/> हुनुहुन्छ <input type="checkbox"/> हुनुहुन्न यदि हुनुहुन्न भने, किन? <input type="checkbox"/> सेवानिवृत्त <input type="checkbox"/> काम गर्न असक्षम <input type="checkbox"/> छोडिएको <input type="checkbox"/> छोड्ने काम गरेको अन्तिम मिति:
---

तपाईंले तल सूचीबद्ध कुनै पनि लाभहरूका लागि आवेदन दिनुभएको छ वा प्राप्त गरिरहनुभएको छ? <input type="checkbox"/> बेरोजगार <input type="checkbox"/> बिरामी बिदा <input type="checkbox"/> सार्वजनिक सहायता <input type="checkbox"/> सेवानिवृत्ति लाभहरू <input type="checkbox"/> असक्षमता बिमा <input type="checkbox"/> कुनै अन्य औद्योगिक बीमा क्षतिपूर्ति छ? (जस्तै, Longshore and Harbor Workers, Jones Act, Railroad)
---

हालको वा पछिल्लो रोजगारदाता	फोन नम्बर
ठेगाना	फोन नम्बर
शहर राज्य जिप कोड	जिप कोड
व्यवसायको किसिम	तपाईंले यो रोजगारदाताका लागि कति समय काम गर्नुभयो?
तपाईंको कार्य शीर्षक र कर्तव्यहरू	

तपाईंको दाबी बन्द भएदेखि तपाईंका अन्य रोजगारदाताहरू र कार्य शीर्षकहरू के-के हुन्?
---

नोट: औद्योगिक सेवा लाभहरू प्राप्त गर्न झटो बयान दिने व्यक्ति नागरिक तथा आपराधिक सजायहरूको भागी हुन्छ। म घोषणा गर्दछु कि मेरो ज्ञात भएसम्म र मेरो विश्वास अनुरूप यी कथनहरू सत्य छन्। यस फाराममा हस्ताक्षर गरेर, म श्रम तथा उद्योग विभाग र/वा स्वयम्-बीमाकृत रोजगारदाता समक्ष मेरा चिकित्सा रेकर्डहरू खुलासा गर्न चिकित्सक, अस्पताल, क्लिनिक वा चिकित्सा जानकारी हुने अन्यलाई अनुमति दिन्छु।

वादीको हस्ताक्षर

मिति

## 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.*