

Dept of Labor and Industries
State Fund
PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291
Fax: 360-902-6100

Dept of Labor and Industries
Self-Insurance
PO Box 44892
Olympia WA 98504-4892
Fax: 360-902-6900



Wniosek o ponowne rozpatrzenie zgłoszenia z powodu pogarszającego się stanu zdrowia

Numer zgłoszenia

Dane pracownika

Uzupełnić całość formularza zgłoszenia do niezwłocznego podjęcia działania.

Ten formularz wykorzystywany jest wyłącznie w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia i zakończenia Pana/Pani sprawy ponad 60 dni temu. W przypadku **nowego** wypadku w pracy, należy uzupełnić nowy Report of Industrial Injury or Occupational Disease (Raport o wypadku w pracy lub formularz choroby zawodowej).

W przypadku otrzymania świadczeń za stracony czas przed podjęciem decyzji o ponownym otwarciu zgłoszenia i odrzuceniu wniosku o ponowne otwarcie zgłoszenia, wymagane będzie zwrócenie tych świadczeń. Otrzyma Pan/Pani informację o ponownym rozpatrzeniu wniosku w przeciągu 90 dni od otrzymania przez Departament wniosku o ponowne rozpatrzenie zgłoszenia.

Imię i nazwisko (pierwsze imię, drugie imię, nazwisko)	Czy Pana/Pani nazwisko zmieniło się od chwili zamknięcia zgłoszenia? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Jeżeli tak, prosimy o podanie poprzedniego nazwiska:
Numer telefonu domowy	Numer ubezpieczenia społecznego (wyłącznie do celów identyfikacyjnych)
Aktualny adres zamieszkania	Adres korespondencyjny (jeżeli inny od adresu zamieszkania)
Miasto Stan Kod pocztowy	Miasto Stan Kod pocztowy
<input type="checkbox"/> Proszę o przekazywanie mojej korespondencji do mojego przedstawiciela (należy podać imię i nazwisko oraz adres przedstawiciela)	
Data pierwotnego wypadku	Data zamknięcia sprawy
Pracodawca w czasie pierwotnego wypadku	Imię i nazwisko lekarza leczącego w chwili zamknięcia sprawy
Które części Pana/Pani ciała doznały obrażeń w związku z wypadkiem/chorobą?	Data pogorszenia stanu zdrowia po zamknięciu sprawy
Jakie są Pana/Pani obecne dolegliwości fizyczne?	Czy wystąpiły jakiegokolwiek nowe urazy/choroby od czasu zamknięcia zgłoszenia? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Jeżeli tak, prosimy wyjaśnić
Czy Pana/Pani stan zdrowia pogorszył się z powodu innego urazu/wypadku w pracy lub poza miejscem pracy? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Jeżeli tak, prosimy wyjaśnić	Czy był/była Pan/Pani poddany opiece medycznej na te schorzenie od czasu zamknięcia sprawy? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Jeżeli tak, prosimy podać nazwisko/nazwiska i adres/adresy lekarza prowadzącego / lekarzy prowadzących.
Imię i nazwisko lekarza Numer telefonu	Imię i nazwisko lekarza Numer telefonu
Miasto Stan Kod pocztowy	Miasto Stan Kod pocztowy
Czy Pan/Pani pracuje? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeżeli nie, dlaczego? <input type="checkbox"/> Emerytura <input type="checkbox"/> Niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> Zwolnienie <input type="checkbox"/> Rozwiązanie umowy Data ostatniego dnia pracy:	
Czy starał/starala się Pan/Pani o jakiegokolwiek z poniższych świadczeń lub je otrzymuje? <input type="checkbox"/> Zasiłek dla bezrobotnych <input type="checkbox"/> Zwolnienie lekarskie <input type="checkbox"/> Pomoc społeczna <input type="checkbox"/> Świadczenia emerytalne <input type="checkbox"/> Ubezpieczenie chorobowe <input type="checkbox"/> Jakiegokolwiek inne ubezpieczenie od nieszczęśliwych wypadków przy pracy? (np. Longshore and Harbor Workers [Ustawa o wynagrodzeniach pracowników portowych], Jones Act [Ustawa Jonesa], kolej)	
Obecny lub ostatni pracodawca	
Adres	Numer telefonu
Miasto	Stan Kod pocztowy
Rodzaj działalności	Jak długo pracuje Pan/Pani dla tego pracodawcy?
Pana/Pani stanowisko i obowiązki	
Prosimy o podanie Pana/Pani innych pracodawców i stanowisk od momentu zamknięcia sprawy.	

Uwaga: osoba składająca fałszywe oświadczenia w celu otrzymania świadczeń za wykonywanie usług przemysłowych podlega sankcjom cywilnym i karnym. Oświadczam, że podane informacje są prawdziwe zgodnie z moją wiedzą i przekonaniem. Podpisując niniejszy formularz, wyrażam zgodę na przekazywanie moich danych medycznych dla Department of Labor and Industries (Departament Pracy i Przemysłu) i/lub Pracodawcy z własnym ubezpieczeniem.

Podpis wnioskodawcy

Data

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.