



Wniosek o wznowienie postępowania Z powodu pogorszenia stanu zdrowia

Numer wniosku

Informacje o pracowniku

Wypełnij w całości swoją część i prześlaj ją swojemu lekarzowi prowadzącemu w ciągu 30 dni od wykonania usług medycznych, które stały się konieczne ze względu na pogorszenie stanu zdrowia. Wypełniony wniosek wypełniony przez ubezpieczonego i świadczeniodawcę musi wpłynąć do departamentu lub samoubezpieczonego w ciągu 60 dni od wystąpienia konieczności skorzystania z usług medycznych w związku z pogorszeniem się stanu zdrowia ubezpieczonego.

Użyj tego formularza tylko wtedy, gdy stan Twojego zdrowia uległ pogorszeniu, a wniosek został zamknięty na okres dłuższy niż 60 dni. Jeśli doznałeś **nowego** urazu w pracy, wypełnij nowy formularz Zgłoszenie wypadku przy pracy lub choroby zawodowej (Report of Industrial Injury or Occupational Disease).

Jeśli świadczenia z tytułu utraty czasu zostaną wypłacone przed podjęciem decyzji o wznowieniu wniosku, a wniosek nie zostanie wznowiony, konieczne będzie zwrócenie tych świadczeń. Informacje na temat wniosku o wznowienie postępowania otrzymasz w ciągu 90 dni od otrzymania przez Departament wniosku o wznowienie postępowania.

Imię, drugie imię, nazwisko	Czy od czasu zamknięcia wniosku zmieniło się Twoje nazwisko? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Jeśli tak, proszę podać poprzednie nazwisko:
Numer telefonu domowego	Numer ubezpieczenia społecznego (wyłącznie dla ID)
Bieżący adres domowy	Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres domowy)
Miasto Stan Kod pocztowy	Miasto Stan Kod pocztowy
<input type="checkbox"/> Wolę, aby moja korespondencja trafiała do mojego przedstawiciela (podać nazwisko i adres korespondencyjny przedstawiciela)	

Data doznania pierwotnego urazu	Data zamknięcia wniosku
Pracodawca w momencie doznania pierwotnego urazu	Imię i nazwisko lekarza prowadzącego leczenie w momencie zamknięcia wniosku
Na jakie części ciała ma wpływ uraz/choroba?	Data pogorszenia się stanu zdrowia po zamknięciu wniosku

Jakie są Twoje obecne dolegliwości fizyczne?	Czy od daty zamknięcia wniosku doznałeś jakichkolwiek nowych urazów/chorób? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Jeśli tak, proszę opisać
Czy Twój stan pogorszył się z powodu innego urazu/wypadku w pracy lub poza nią? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Jeśli tak, proszę opisać	Czy od czasu zamknięcia wniosku byłeś leczony z powodu tego schorzenia? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Jeśli tak, proszę podać nazwisko(-a) lekarza(-y):
Imię i nazwisko lekarza Numer telefonu	Imię i nazwisko lekarza Numer telefonu
Miasto Stan Kod pocztowy	Miasto Stan Kod pocztowy

Czy pracujesz? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeżeli nie, dlaczego? <input type="checkbox"/> Jestem na emeryturze <input type="checkbox"/> Jestem niezdolny do pracy <input type="checkbox"/> Zostałem zwolniony <input type="checkbox"/> Odszedłem z pracy Data ostatniego zatrudnienia:
--

Czy ubiegałeś się o któreś z wymienionych poniżej świadczeń lub je otrzymujesz? <input type="checkbox"/> Zasiłek dla bezrobotnych <input type="checkbox"/> Zwolnienie lekarskie <input type="checkbox"/> Pomoc publiczna <input type="checkbox"/> Świadczenia emerytalne <input type="checkbox"/> Renta inwalidzka <input type="checkbox"/> Jakies inne odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy? (np. pracownicy portowi, ustawa Jonesa, kolejnictwo)

Obecny lub ostatni pracodawca	
Adres	Numer telefonu
Miasto	Stan Kod pocztowy
Rodzaj branży	Jak długo pracujesz u tego pracodawcy?
Nazwa stanowiska i obowiązki	

U jakich innych pracodawców pracowałeś i jakie stanowiska zajmowałeś od czasu zamknięcia wniosku?

Uwaga: Osoby składające fałszywe oświadczenia w celu uzyskania świadczeń z odszkodowań z tytułu wypadku przy pracy podlegają sankcjom cywilnym i karnym. Oświadczam, że powyższe oświadczenia są zgodne z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem. Podpisując ten formularz, zezwalam lekarzom, szpitalom, klinikom lub innym podmiotom posiadającym informacje medyczne na udostępnienie mojej dokumentacji medycznej Departamentowi Pracy i Przemysłu i/lub samoubezpieczonego pracodawcy.

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.

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.