

ਮਜ਼ਦੂਰ ਅਤੇ ਉਦਯੋਗ ਵਿਭਾਗ  
ਸਟੇਟ ਫੰਡ  
PO Box 44291  
Olympia WA 98504-4291  
ਫੋਨ: 360-902-6100

ਮਜ਼ਦੂਰ ਅਤੇ ਉਦਯੋਗ ਵਿਭਾਗ  
ਸਟੇਟ-ਬੀਮਾ  
PO Box 44892  
Olympia WA 98504-4892  
ਫੋਨ: 360-902-6900



# ਕਲੇਮ ਨੂੰ ਮੁੜ-ਖੋਲ੍ਹਣ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਹਾਲਾਤ ਦੇ ਵਿਗੜਣ ਦੇ ਕਾਰਨ

## ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਤੁਰੰਤ ਕਾਰਵਾਈ ਲਈ ਆਪਣੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ।

ਕਲੇਮ ਨੰਬਰ

ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਸਿਰਫ ਤਾਂ ਵਰਤੋ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸਰੀਰਕ ਹਾਲਤ ਵਿਗੜ ਗਈ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਕਲੇਮ 60 ਦਿਨਾਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਮੇਂ ਲਈ ਬੰਦ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ 'ਤੇ ਨਵੀਂ ਸੱਟ ਵੱਜੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਦਯੋਗਿਕ ਸੱਟ ਦੀ ਨਵੀਂ ਰਿਪੋਰਟ ਜਾਂ ਕਿੱਤਾਮਈ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਫਾਰਮ ਪੂਰਾ ਕਰੋ।

ਜੇਕਰ ਮੁੜ-ਖੋਲ੍ਹਣ ਦੇ ਬਾਰੇ ਫੈਸਲਾ ਲਿੱਤੇ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨੁਕਸਾਨ ਸੰਬੰਧੀ ਲਾਭਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਲੇਮ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਨਹੀਂ ਖੋਲ੍ਹਿਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਲਾਭਾਂ ਦਾ ਮੁੜ-ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇਗੀ। ਮੁੜ-ਖੋਲ੍ਹਣ ਦੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਵਿਭਾਗ ਵੱਲੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਦੇ 90 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਮੁੜ-ਖੋਲ੍ਹਣ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮਿਲੇਗੀ।

ਨਾਮ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ, ਆਖਰੀ)	ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕਲੇਮ ਦੇ ਬੰਦ ਹੋਣ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਤੁਹਾਡਾ ਨਾਮ ਬਦਲਿਆ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਵਾਲਾ ਨਾਮ ਦੱਸੋ:
ਘਰ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ	ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ (ਸਿਰਫ ਆਈਡੀ ਲਈ)
ਮੌਜੂਦਾ ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ	ਮੇਲਿੰਗ ਪਤਾ (ਜੇਕਰ ਘਰ ਦੇ ਪਤੇ ਨਾਲੋਂ ਵੱਖਰਾ ਹੈ)
ਸ਼ਹਿਰ ਰਾਜ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ	ਸ਼ਹਿਰ ਰਾਜ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ
<input type="checkbox"/> ਮੈਂ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਪੱਤਰ ਆਦਿ ਮੇਰੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਨੂੰ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ (ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਡਾਕ ਪਤਾ ਦੱਸੋ)	

ਮੂਲ ਸੱਟ ਦੀ ਤਰੀਕ	ਕਲੇਮ ਬੰਦ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੀ ਤਰੀਕ
ਮੂਲ ਸੱਟ ਵੱਜਣ ਦੇ ਸਮੇਂ ਤੇ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ	ਕਲੇਮ ਬੰਦ ਹੋਣ ਦੇ ਸਮੇਂ ਤੁਹਾਡਾ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਮ
ਇਸ ਸੱਟ/ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਕਾਰਨ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰੀਰ ਦੇ ਕਿਹੜੇ ਹਿੱਸੇ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੋਏ ਸਨ?	ਕਲੇਮ ਦੇ ਬੰਦ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸਿਹਤ ਵਿਗੜਣ ਦੀ ਤਰੀਕ

ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਮੌਜੂਦਾ ਸਰੀਰਕ ਸ਼ਿਕਾਇਤਾਂ ਕੀ ਹਨ?	ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਲੇਮ ਦੇ ਬੰਦ ਹੋਣ ਦੀ ਤਰੀਕ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਨਵੀਆਂ ਸੱਟਾਂ/ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਹਨ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਸਮਝਾਓ
ਕੀ ਨੌਕਰੀ ਤੇ ਜਾਂ ਨੌਕਰੀ ਤੋਂ ਪਰੇ ਵੱਜੀ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸੱਟ/ਦੁਰਘਟਨਾ ਦੇ ਕਾਰਨ ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਵਿਗੜ ਹੋਇਆ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਸਮਝਾਓ	ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਲੇਮ ਦੇ ਬੰਦ ਹੋਣ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਇਸ ਹਾਲਤ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ ਲਿੱਤਾ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰ (ਡਾਕਟਰਾਂ) ਦੇ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ (ਪਤੇ) ਦੱਸੋ।
ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਮ ਫੋਨ ਨੰਬਰ	ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਮ ਫੋਨ ਨੰਬਰ
ਸ਼ਹਿਰ ਰਾਜ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ	ਸ਼ਹਿਰ ਰਾਜ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕੰਮ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ?  
 ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਕਿਉਂ?  ਰਿਟਾਇਰ ਹੋ  ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋ  ਕੱਢ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਹੋ  ਛੱਡ ਚੁੱਕੇ ਹੋ ਆਖਰੀ ਵਾਰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੀ ਤਰੀਕ:

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਹੇਠ ਦਿੱਤੇ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੱਤੀ ਹੈ ਜਾਂ ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ?  
 ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ  ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਅਰਜ਼ੀ  ਪਬਲਿਕ ਸਹਾਇਤਾ  ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ ਲਾਭ  ਅਯੋਗਤਾ ਬੀਮਾ  
 ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਹੋਰ ਉਦਯੋਗਿਕ ਬੀਮੇ ਦਾ ਮੁਆਵਜਾ ਮਿਲਿਆ ਹੈ? (ਭਾਵ ਕਿ, Longshore and Harbor Workers, Jones Act, Railroad)

ਮੌਜੂਦਾ ਜਾਂ ਆਖਰੀ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ	
ਪਤਾ	ਫੋਨ ਨੰਬਰ
ਸ਼ਹਿਰ	ਰਾਜ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ
ਕਾਰੋਬਾਰ ਦੀ ਕਿਸਮ	ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਲਈ ਕਿੰਨੇ ਚਿਰ ਲਈ ਕੰਮ ਕੀਤਾ ਹੈ?
ਤੁਹਾਡੀ ਨੌਕਰੀ ਦੀ ਪਦਵੀ ਅਤੇ ਡਿਊਟੀਆਂ	

ਤੁਹਾਡੇ ਕਲੇਮ ਦੇ ਬੰਦ ਹੋਣ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਹੜੇ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਅਤੇ ਨੌਕਰੀ ਦੀਆਂ ਪਦਵੀਆਂ ਰਹੀਆਂ ਹਨ?

ਨੋਟ: ਉਦਯੋਗਿਕ ਸੇਵਾ ਲਾਭ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਗਲਤ ਬਿਆਨ ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਗਰਿਕ ਅਤੇ ਅਪਰਾਧਿਕ ਦੰਡਾਂ ਦੇ ਅਧੀਨ ਹੈ। ਮੈਂ ਐਲਾਨ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਇਹ ਬਿਆਨ ਮੇਰੇ ਗਿਆਨ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਮੁਤਾਬਕ ਸਹੀ ਹਨ। ਇਸ ਫਾਰਮ ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ, ਮੈਂ ਉਹਨਾਂ ਡਾਕਟਰਾਂ, ਹਸਪਤਾਲਾਂ, ਕਲੀਨਿਕਾਂ ਜਾਂ ਹੋਰਨਾਂ ਇਕਾਈਆਂ ਨੂੰ ਮੇਰੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ ਮਜ਼ਦੂਰ ਅਤੇ ਉਦਯੋਗ ਵਿਭਾਗ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸਵੈ-ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਜ਼ਾਹਰ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ, ਜਿੰਨ੍ਹਾਂ ਕੋਲ ਮੇਰੀ ਮੈਡੀਕਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ।

---

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

ਮਿਤੀ

## 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  
Code

State

Zip

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.*