



ਫਿਰ ਤੋਂ ਦਾਅਵਾ ਖੋਲ੍ਹਣ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਹਾਲਤ ਵਿਗੜਣ ਕਰਕੇ

ਦਾਅਵਾ ਨੰਬਰ

ਵਰਕਰ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਆਪਣਾ ਪੂਰਾ ਹਿੱਸਾ ਭਰੋ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਮੈਡੀਕਲ ਸਥਿਤੀ ਵਿਗੜਣ ਕਰਕੇ ਲੋੜੀਂਦੀਆਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮੈਡੀਕਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਆਪਣੇ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਕੋਲ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਾਓ। ਤੁਹਾਡੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਵਲੋਂ ਭਰੀ ਗਈ ਅਰਜ਼ੀ, ਤੁਹਾਡੀ ਮੈਡੀਕਲ ਸਥਿਤੀ ਵਿਗੜਣ ਕਰਕੇ ਲੋੜੀਂਦੀਆਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮੈਡੀਕਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ 60 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਵਿਭਾਗ ਜਾਂ ਸਵੈ-ਬੀਮਾਕਾਰ ਤੱਕ ਜ਼ਰੂਰ ਪਹੁੰਚ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਤਾਂ ਹੀ ਕਰੋ, ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਮੈਡੀਕਲ ਸਥਿਤੀ ਵਿਗੜ ਗਈ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਦਾਅਵੇ ਨੂੰ ਬੰਦ ਹੋਇਆਂ 60 ਦਿਨਾਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਮਾਂ ਹੋ ਗਿਆ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ 'ਤੇ ਨਵੀਂ ਸੱਟ ਲੱਗੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਨਅੱਤੀ ਸੱਟ-ਫੇਟ ਜਾਂ ਐਂਕਿਊਪੇਸ਼ਨਲ ਬਿਮਾਰੀ ਸਬੰਧੀ ਫ਼ਾਰਮ ਦੀ ਨਵੀਂ ਰਿਪੋਰਟ ਭਰੋ।

ਜੇ ਦਾਅਵਾ ਖੋਲ੍ਹਣ ਬਾਰੇ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਸਮਾਂ ਖੁੰਝਣ ਸਬੰਧੀ ਲਾਭਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਹ ਲਾਭ ਫਿਰ ਤੋਂ ਵਾਪਸ ਕਰਨੇ ਪੈਣਗੇ। ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ ਦਾਅਵਾ ਫਿਰ ਤੋਂ ਖੋਲ੍ਹਣ ਬਾਰੇ ਅਰਜ਼ੀ ਮਿਲਣ ਦੇ 90 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਫਿਰ ਤੋਂ ਖੋਲ੍ਹਣ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮਿਲੇਗੀ।

ਨਾਂ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ, ਅੰਤਮ)	ਆਪਣਾ ਦਾਅਵਾ ਬੰਦ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣਾ ਨਾਂ ਬਦਲਿਆ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਪਿਛਲਾ ਨਾਂ ਲਿਖੋ:
ਘਰ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ	ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (ਸਿਰਫ਼ ID ਲਈ)
ਘਰ ਦਾ ਮੌਜੂਦਾ ਪਤਾ	ਡਾਕ ਦਾ ਪਤਾ (ਜੇ ਘਰ ਦੇ ਪਤੇ ਤੋਂ ਵੱਖ ਹੈ)
ਸ਼ਹਿਰ ਸਟੇਟ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ	ਸ਼ਹਿਰ ਸਟੇਟ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ
<input type="checkbox"/> ਮੈਂ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਚਾਹੁੰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੀ ਚਿੱਠੀ-ਪੱਤਰੀ ਮੇਰੇ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਨੂੰ ਭੇਜੀ ਜਾਵੇ (ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਡਾਕ ਦਾ ਪਤਾ ਲਿਖੋ)	

ਮੂਲ ਸੱਟ ਲੱਗਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ਼	ਦਾਅਵਾ ਬੰਦ ਹੋਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ਼
ਮੂਲ ਸੱਟ ਲੱਗਣ ਦੇ ਸਮੇਂ 'ਤੇ ਰੋਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ	ਦਾਅਵਾ ਬੰਦ ਹੋਣ ਸਮੇਂ ਤੁਹਾਡਾ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਂ
ਤੁਹਾਡੇ ਸਰੀਰ ਦੇ ਕਿਹੜੇ ਹਿੱਸੇ 'ਤੇ ਇਸ ਸੱਟ/ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਅਸਰ ਪਿਆ ਹੈ?	ਦਾਅਵਾ ਬੰਦ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹਾਲਤ ਵਿਗੜਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ਼

ਤੁਹਾਡੇ ਸਰੀਰ ਦੀਆਂ ਮੌਜੂਦਾ ਸ਼ਿਕਾਇਤਾਂ ਕਿਹੜੀਆਂ ਹਨ?	ਦਾਅਵਾ ਬੰਦ ਹੋਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਨਵੀਂ ਸੱਟ ਲੱਗੀ ਹੈ/ਬਿਮਾਰੀ ਹੋਈ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਦੱਸੋ
ਨੌਕਰੀ 'ਤੇ ਹੁੰਦਿਆਂ ਹੋਇਆਂ ਜਾਂ ਕੰਮ 'ਤੇ ਨਾ ਹੋਣ ਵੇਲੇ ਕੀ ਕਿਸੇ ਸੱਟ/ਹਾਦਸੇ ਕਰਕੇ ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਵਿਗੜੀ ਸੀ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਦੱਸੋ	ਦਾਅਵਾ ਬੰਦ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਇਸ ਹਾਲਤ ਲਈ ਕੋਈ ਮੈਡੀਕਲ ਇਲਾਜ ਹੋਇਆ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਇਲਾਜ ਕਰ ਰਹੇ ਡਾਕਟਰ (ਡਾਕਟਰਾਂ) ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਪਤਾ (ਪਤੇ) ਲਿਖੋ।
ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਂ ਫੋਨ ਨੰਬਰ	ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਂ ਫੋਨ ਨੰਬਰ
ਸ਼ਹਿਰ ਸਟੇਟ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ	ਸ਼ਹਿਰ ਸਟੇਟ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕੰਮ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ?
 ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਜੇ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਕਿਉਂ? ਰਿਟਾਇਰ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਛਾਂਟੀ ਕੰਮ ਛੱਡਣਾ ਅੰਤਮ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ਼:

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕੀਤਾ ਹੈ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਲਾਭ ਲੈ ਰਹੇ ਹੋ?
 ਬੇਰੋਜ਼ਗਾਰ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਛੁੱਟੀ ਸਰਕਾਰੀ ਮਦਦ ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ ਦੇ ਲਾਭ ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪਰੰਤਾ) ਬਾਰੇ ਬੀਮਾ
 ਕੋਈ ਹੋਰ ਸਨਅੱਤੀ ਬੀਮਾ? (ਉਦਾਹਰਣ ਲਈ ਲੈਂਗਸ਼ੇਅਰ ਐਂਡ ਹਾਰਬਰ ਵਰਕਰਸ, ਜੇਨਸ ਕਾਊਨ, ਰੇਲਰੋਡ)

ਮੌਜੂਦਾ ਜਾਂ ਅੰਤਮ ਰੋਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ	ਫੋਨ ਨੰਬਰ
ਪਤਾ	ਫੋਨ ਨੰਬਰ
ਸ਼ਹਿਰ ਸਟੇਟ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ	ਸਟੇਟ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ
ਕਾਰੋਬਾਰ ਦੀ ਕਿਸਮ	ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਰੋਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਲਈ ਕਿੰਨੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਕੰਮ ਕੀਤਾ ਹੈ?
ਤੁਹਾਡੀ ਨੌਕਰੀ ਦਾ ਅਹੁਦਾ ਅਤੇ ਡਿਊਟੀਆਂ	

ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਦਾਅਵਾ ਬੰਦ ਹੋਇਆ ਸੀ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਹੋਰ ਕਿਹੜੇ ਰੋਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਅਤੇ ਨੌਕਰੀ ਦੇ ਅਹੁਦੇ ਸਨ?

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਸਨਅੱਤੀ ਸੇਵਾ ਲਾਭ ਲੈਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਿਮਾਨ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਸ਼ਖ਼ਸ 'ਤੇ ਦੀਵਾਨੀ ਅਤੇ ਫ਼ੌਜਦਾਰੀ ਜੁਰਮਾਨੇ ਲਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮੈਂ ਐਲਾਨ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਇਹ ਬਿਮਾਨ ਮੇਰੀ ਬਿਹਤਰੀਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਅਨੁਸਾਰ ਸਹੀ ਹਨ। ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਕੇ, ਮੈਂ ਡਾਕਟਰਾਂ, ਹਸਪਤਾਲਾਂ, ਕਲਿਨਿਕਾਂ ਜਾਂ ਮੈਡੀਕਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਾਲੇ ਹੋਰਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਲੇਬਰ ਐਂਡ ਇੰਡਸਟਰੀਜ਼ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਬੀਮਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਰੋਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਲਈ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦੀ ਮੰਜੂਰੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ।

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.