



Numărul solicitării

Informații despre lucrător

Completați partea dvs. în întregime și trimiteți-o furnizorului dvs. de servicii medicale în termen de 30 de zile de la data la care serviciile medicale au devenit necesare din cauza unei agravări a stării dvs. de sănătate. Cererea completată de dvs. și de furnizorul dvs. **trebuie** să fie primită de către departament sau de către autoasigurator în termen de 60 de zile de la data la care serviciile medicale au devenit necesare din cauza înrăutățirii stării dvs. de sănătate.

Folosiți acest formular numai dacă starea dvs. de sănătate s-a agravat și cererea dvs. a fost închisă de mai mult de 60 de zile. Dacă ați suferit o **altă** accidentare la locul de muncă, completați un nou formular Raport de accident de muncă sau de boală profesională.

În cazul în care prestațiile pentru pierderea de timp sunt plătite înainte de a se lua o decizie privind redeschiderea și cererea dvs. nu este redeschisă, vi se va cere să rambursați prestațiile respective. Veți primi informații cu privire la cererea dvs. de redeschidere în termen de 90 de zile de la primirea de către Departament a cererii de redeschidere.

Nume (primul prenume, al doilea prenume, nume de familie)	V-ați schimbat numele de la data închiderii cererii? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da Dacă da, treceți numele anterior:
Numărul de telefon de acasă	Numărul de asigurare socială (numai pentru ID)
Adresa de domiciliu actuală	Adresa poștală (dacă este diferită de adresa de domiciliu)
Oraș Stat Cod poștal	Oraș Stat Cod poștal
<input type="checkbox"/> Prefer ca corespondența mea să ajungă la reprezentantul meu (indicați numele și adresa poștală a reprezentantului)	

Data vătămării inițiale	Data închiderii cererii
Angajatorul la momentul producerii vătămării inițiale	Numele complet al medicului care v-a tratat în momentul închiderii cererii de despăgubire
Ce părți ale corpului dvs. sunt afectate de această vătămare/boală?	Data la care starea s-a agravat după închiderea cererii

Care sunt afecțiunile dvs. fizice actuale?	Ați suferit alte leziuni/boli de la data închiderii cererii de despăgubire? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da Dacă da, explicați
Starea dvs. s-a agravat din cauza altei vătămări/accidente, fie la locul de muncă, fie în afara acestuia? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da Dacă da, explicați	Ați primit vreun tratament medical pentru această afecțiune de la închiderea cererii? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da Dacă da, enumerați numele și adresa (adresele) medicului (medicilor) curant(i).
Numele doctorului Număr de telefon	Numele doctorului Număr de telefon
Oraș Stat Cod poștal	Oraș Stat Cod poștal

În prezent, sunteți angajat?
 Da Nu Dacă nu, de ce? Pensionar Inapt pentru muncă Concediat Demisionat Ultima zi lucrată:

Ați solicitat sau primiți vreuna dintre prestațiile enumerate mai jos?
 Șomaj Concediu medical Asistență socială Beneficii de pensie Asigurare de dizabilitate
 Alte compensații de asigurare industrială? (de exemplu, lucrători portuari, legea Jones, căi ferate)

Angajatorul actual sau ultimul angajator	
Adresa	Număr de telefon
Oraș Stat Cod poștal	
Tipul activității	De cât timp lucrați pentru acest angajator?
Denumirea și atribuțiile postului dvs.	

Ce alți angajatori și ce alte locuri de muncă ați avut de când a fost închisă cererea dvs.?

Notă: Persoanele care fac declarații false pentru a obține prestații de servicii industriale sunt pasibile de sancțiuni civile și penale. Declară că aceste declarații sunt adevărate după cunoștințele și convingerile mele. Prin semnarea acestui formular, autorizez medicii, spitalele, clinicile sau alte persoane care dețin informații medicale să transmită dosarele mele medicale Departamentului Muncii și Industriilor și/sau angajatorului autoasigurat.

Semnătura solicitantului

Data

