

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

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



Formular de solicitare pentru a redeschide cererea de despăgubire Datorită agravării condițiilor

Numărul cererii de despăgubire

Informații despre muncitor

Completați-vă corespunzător rubrica pentru o acțiune promptă.

Folosiți acest formular dacă vi s-a agravat condiția medicală și dacă cererea de despăgubire a fost închisă pentru mai mult de 60 de zile. Dacă ați avut o **nouă** accidentare la muncă, completați un nou Raport de Accident de Muncă sau Boală Profesională.

Dacă beneficiile timpului pierdut sunt plătite înainte de a fi luată o decizie despre redeschidere, vi se va cere să replătiți acele beneficii. Veți primi informații despre redeschiderea solicitării dumneavoastră în decurs de 90 de zile din momentul în care Departamentul primește solicitarea de redeschidere.

Nume (Primul prenume, al doilea prenume, nume de familie)	V-ați schimbat numele de când solicitarea s-a închis? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da Dacă da, enumerați acele nume:
Număr de telefon de acasă	Numărul asigurării sociale (numai pentru CNP)
Adresa curentă de acasă	Adresă de corespondență (dacă este diferită de cea de acasă)
Oraș Stat Cod poștal	Oraș Stat Cod poștal
<input type="checkbox"/> Doresc ca această corespondență să fie primită de reprezentantul meu (dați numele și adresa de corespondență a reprezentantului)	

Data inițială a rănirii	Data închiderii cererii de despăgubire
Numele angajatorului în momentul rănirii	Numele complet al doctorului care vă trata în momentul în care cererea s-a închis
Ce părți ale corpului sunt afectate de această rănire/boală?	Data la care condiția s-a înrăutățit după ce cererea s-a închis

Care sunt acum neplăcerile din punct de vedere fizic?	Ați avut răni/boli noi/ de la momentul închiderii solicitării? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da Dacă da, explicați
Vi s-a agravat condiția din cauza altei răniri/ accident în timpul sau în afara serviciului? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da Dacă da, explicați	Ați primit tratament medical pentru această situație de când s-a închis solicitarea? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da Dacă da, enumerați nume și adrese ale doctorilor cre v-au tratat
Numele doctorului Număr de telefon	Numele doctorului Număr de telefon
Oraș Stat Cod poștal	Oraș Stat Cod poștal

Lucrați?
 Da Nu Dacă nu, de ce? Pensionat Incapacitate de muncă Disponibilizat Demisie
Ultima dată când ați muncit:

Ați aplicat pentru sau primiți una din următoarele beneficii de mai jos?
 Neangajat Concediu medical Ajutor social Beneficii privind pensionarea Asigurare de invaliditate
 Oricare altă asigurare colectivă de muncă? (i.e. Asigurarea pentru personlul maritim, Actul Jones, Sistemul feroviar)

Angajatorul actual sau ultimul angajator	
Adresă	Număr de telefon
Oraș Stat Cod poștal	
Tipul de afacere	De când lucrați pentru acest angajator?
Denumirea funcției și îndatoriri	

Ce alți angajatori sau funcții ați mai îndeplinit de când vi s-a închis solicitarea?

Notă: Cel care face o declarație falsă pentru a obține beneficii de muncă este supus legii civile și penale. Declar pe propria răspundere că cele sus menționate sunt adevărate. Semnând acest formular, permit doctorilor, spitalelor, clinicilor și altora asemenea să îmi elibereze dosarul medical pentru Departamentul de Muncă și Industrii și/sau pentru angajatorul autoasigurat.

Semnătura solicitantului

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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Provider at the time of claim closure <input type="checkbox"/> Reviewed the previous medical file <input type="checkbox"/> Contacted the previous provider <input type="checkbox"/> Other:	
Does the current condition prevent the patient from working? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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.