

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

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



## Заявление на повторное открытие заявки из-за ухудшения состояния

### Информация о сотруднике

Предоставьте полную информацию о себе для быстрой обработки Вашего заявления.

Номер заявки

Используйте данный бланк заявления, только если Ваше состояние ухудшилось и Ваша заявка на получение рабочих пособий была закрыта более 60 дней назад. Если Вы получили **новую** травму на рабочем месте, предоставьте новый отчет о получении травмы на рабочем месте (Report of Industrial Injury) или заявку о профессиональном заболевании (Occupational Disease form).

Если Вы получаете пособия за потерянные рабочие часы до принятия решения о повторно открытой заявке и Ваша заявка не открыта повторно, Вас обяжут вернуть выплаченные Вам пособия данного вида. Вы получите информацию о повторно открытой заявке в течение 90 дней со дня получения Вашего заявления Департаментом.

Имя (имя, отчество, фамилия):	Поменялось ли Ваше имя после закрытия заявки? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Если да, укажите свое прежнее имя:
Домашний номер тел.:	Номер социального страхования (только для Вашей идентификации):
Текущий адрес проживания:	Почтовый адрес (если отличается от адреса проживания):
Город:    Штат:    Индекс:	Город:    Штат:    Индекс:
<input type="checkbox"/> Я желаю, чтобы вся корреспонденция направлялась моему представителю (укажите имя и почтовый адрес своего представителя):	

Дата получения первоначальной травмы:	Дата закрытия заявки:
Работодатель во время получения травмы:	Полное имя лечащего врача во время закрытия заявки:
Какие части Вашего тела пострадали от полученной травмы/заболевания?	Дата ухудшения состояния после закрытия заявки:

Укажите текущие симптомы и жалобы:	Появились ли Вас новые травмы/заболевания после закрытия заявки? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Если да, опишите:
Ухудшилось ли Ваше состояние из-за другой травмы/несчастного случая, произошедших в рабочее или вне рабочее время? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Если да, опишите:	Прошли ли Вы лечение данного заболевания после закрытия заявки? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Если да, укажите имена и адреса всех лечащих Вас врачей.
Имя врача:    Номер тел.:	Имя врача:    Номер тел.:
Город:    Штат:    Индекс:	Город:    Штат:    Индекс:

Вы работаете? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если нет, то почему? <input type="checkbox"/> На пенсии <input type="checkbox"/> Нетрудоспособен(-на) <input type="checkbox"/> Уволен(-а) <input type="checkbox"/> Ушел(-ла) с работы Последний рабочий день:
---

Подавали ли Вы заявление на получение каких-либо из перечисленных ниже льгот, или получаете ли Вы какие-либо из перечисленных ниже льгот? <input type="checkbox"/> Пособия по безработице <input type="checkbox"/> Оплата больничного <input type="checkbox"/> Социальная помощь <input type="checkbox"/> Пенсия <input type="checkbox"/> Страховые пособия по нетрудоспособности <input type="checkbox"/> Получаете ли Вы любые другие пособия производственного страхования (напр., компенсации согласно Законам о береговых и портовых работниках (Longshore and Harbor Workers), о торговом флоте (Jones Act), о железнодорожных работниках (Railroad))?
--

Текущий или предыдущий работодатель:	
Адрес:	Номер тел.:
Город:	Штат:    Индекс:
Род деятельности:	Сколько Вы работаете у данного работодателя?
Ваша должность и обязанности:	

Укажите предыдущих работодателей и свои должности после закрытия заявки:
--

Внимание: лицо, подающее ложное заявление с целью получения производственных пособий, подлежит гражданской и уголовной ответственности. Я заявляю, что, согласно имеющимся у меня сведениям и убеждениям, предоставленная мною информация является достоверной. Подписав данное заявление, я разрешаю врачам, больницам, клиникам и другим лицам, владеющим моей медицинской информацией, предоставить мои медицинские записи Департаменту труда и промышленности и/или самозастрахованному работодателю.

Подпись заявителя

Дата

## 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

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.*