

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

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



## Заявление о повторном открытии требования В связи с ухудшением состояния здоровья

Номер требования

### Информация о работнике

Полностью заполните вашу часть заявления и отправьте ее вашему лечащему поставщику медицинских услуг в течение 30 дней с момента, когда вам потребовались какие бы то ни было медицинские услуги в связи с ухудшением вашего медицинского состояния. Заявление, заполненное вами и вашим поставщиком услуг, должно быть **обязательно** получено Департаментом или самостоятельно застрахованным лицом в течение 60 дней с момента, когда вам потребовались какие бы то ни было медицинские услуги в связи с ухудшением вашего медицинского состояния.

Заполните эту форму только в том случае, если ваше медицинское состояние ухудшилось и ваше требование было закрыто более 60 дней назад. Если вы получили новую производственную травму, заполните новый Отчет о производственной травме или о профессиональном заболевании (Report of Industrial Injury or Occupational Disease).

Если пособие в связи с потерей времени выплачивается до принятия решения о повторном открытии вашего требования и данное требование не будет открыто повторно, то вы будете обязаны возместить полученные выплаты. Вы получите информацию о повторном открытии вашего заявления в течение 90 дней с момента получения Департаментом заявления о повторном открытии требования.

Имя (имя, среднее имя, фамилия)		Вы меняли имя или фамилию с момента закрытия требования? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если да, то укажите предыдущие имя и фамилию:	
Домашний номер телефона		Номер в системе социального страхования (только в целях идентификации)	
Текущий домашний адрес		Почтовый адрес (если отличается от домашнего адреса)	
Город	Штат	Почтовый индекс	Город Штат Почтовый индекс
<input type="checkbox"/> Я хочу, чтобы корреспонденцию направляли моему представителю (укажите имя, фамилию и почтовый адрес представителя)			
Дата получения изначальной травмы		Дата закрытия требования	
Работодатель на момент получения изначальной травмы		Полное имя и фамилия врача, который занимался вашим лечением на момент закрытия требования	
Какие части тела пострадали в результате этой травмы/заболевания?		Дата ухудшения состояния здоровья после закрытия требования	
Какие жалобы на здоровье имеются у вас в настоящий момент?		Были ли у вас какие-либо другие травмы или заболевания с момента закрытия вашего требования? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если да, то поясните	
Ухудшилось ли ваше состояние здоровья в результате другой травмы/другого заболевания, наступивших на рабочем месте или вне рабочего места? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если да, то поясните		Проходили ли вы лечение этого состояния здоровья с момента закрытия вашего требования? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если вы ответили «да», то укажите имя (имена) лечащего врача (врачей).	
Имя врача		Номер телефона	
Город	Штат	Почтовый индекс	Город Штат Почтовый индекс
Вы работаете? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если нет, почему? <input type="checkbox"/> На пенсии <input type="checkbox"/> Неработоспособен (-на) <input type="checkbox"/> Уволен (-а) <input type="checkbox"/> Уволен (-а по собственному желанию) Дата последнего рабочего дня:			
Подавали ли вы заявку на получение или получали ли вы любое из следующих пособий? <input type="checkbox"/> Пособие по безработице <input type="checkbox"/> Оплачиваемый больничный отпуск <input type="checkbox"/> Государственные пособия <input type="checkbox"/> Пенсионные выплаты <input type="checkbox"/> Страховые выплаты по инвалидности <input type="checkbox"/> Любые другие виды компенсации в рамках страхования работников промышленности? (например, компенсация для береговых и портовых рабочих (Longshore and Harbor Workers), компенсация согласно Закону Джонса (Jones Act), компенсация железнодорожникам)			
Текущий или последний работодатель			
Адрес		Номер телефона	
Город	Штат	Почтовый индекс	
Вид предприятия		Сколько вы работаете на этого работодателя?	
Название вашей должности и исполняемые вами обязанности			
Какие другие работодатели и должности были у вас с момента закрытия вашего требования?			

Примечание: Лица, дающие ложные сведения с целью получить льготы для промышленных служащих, подлежат административному и уголовному преследованию. Я подтверждаю, что данные заявления, насколько мне известно, являются достоверными. Подписывая эту форму, я разрешаю врачам, больницам, клиникам или иным учреждениям и лицам, работающим с медицинской информацией, раскрывать мою медицинскую документацию сотрудникам Департамента труда и промышленности и/или самостоятельно застрахованному 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.

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.*