



Aplikasyon para Muling buksan ang Claim Dahil sa Paglala ng Kondisyon

Numero ng claim

Impormasyon ng Manggagawa

Kumpletuhin ang iyong bahagi nang buo at isumite ito sa iyong nagpapagamot na tagapagkaloob sa loob ng 30 araw ng anumang mga serbisyong medikal na ginawang kailangan dahil sa paglala ng iyong kondisyong medikal. Ang aplikasyong kinumpleto mo at ang iyong ibinigay ay **dapat** matanggap ng Departamento o self-insurer sa loob ng 60 araw ng anumang mga serbisyong medikal na kinailangan ng iyong lumalalang estado.

Gamitin lamang ang form na ito kung lumala ang iyong medikal na kondisyon at ang iyong claim ay sarado nang higit sa 60 araw. Kung nagkaroon ka ng **bagong** pinsala sa trabaho, kumpletuhin ang isang bagong form ng Ulat ng Industriyal na Pinsala o Occupational Disease form.

Kung ang mga benepisyo sa pagkawala ng oras ay binayaran bago gumawa ng desisyon tungkol sa muling pagbubukas at ang iyong claim ay hindi muling binuksan, kakailanganin mong bayaran ang mga benepisyong iyon. Makakatanggap ka ng impormasyon tungkol sa iyong muling pagbubukas ng aplikasyon sa loob ng 90 araw pagkatapos matanggap ng Departamento ang muling pagbubukas ng aplikasyon.

Pangalan (Una, Gitna, Huli)	Nagbago ba ang iyong pangalan mula nang isara ang iyong claim? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo Kung Oo, ilista ang nakaraang pangalan:
Numero ng telepono sa bahay	Numero Ng Social Security (para sa ID lamang)
Kasalukuyang address ng bahay	Address para sa Koreo (kung Iba mula sa address ng bahay)
Lungsod Estado Zip Code	Lungsod Estado Zip Code
<input type="checkbox"/> Mas gusto kong mapunta ang aking sulat sa aking kinatawan (ibigay ang pangalan at tirahan ng koreo ng kinatawan)	

Petsa ng orihinal na pinsala	Petsa ng pagsasara ng claim
Taga empleyo sa panahon ng orihinal na pinsala	Buong pangalan ng doktor na gumagamot sa iyo sa oras ng pagsasara ng claim
Anong mga bahagi ng iyong katawan ang apektado ng pinsala/sakit na ito?	Ang kondisyon ng petsa ay lumala pagkatapos ng pagsasara ng claim

Ano ang iyong kasalukuyang mga pisikal na reklamo?	Nagkaroon ka ba ng anumang mga bagong pinsala/sakit mula noong petsa ng pagsasara ng paghahabol? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo Kung Oo, ipaliwanag
Lumala ba ang iyong kondisyon dahil sa isa pang pinsala/aksidente sa loob o sa labas ng trabaho? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo Kung Oo, ipaliwanag	Nakatanggap ka na ba ng anumang medikal na paggamot para sa kondisyong ito mula nang isara ang claim? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo Kung Oo, ilista ang (mga) pangalan at tirahan ng (mga) manggagamot.
Pangalan ng doktor Telepono	Pangalan ng doktor Telepono
Lungsod Estado Zip Code	Lungsod Estado Zip Code

Nagtrabaho ka ba?
 Oo Hindi Kung hindi, bakit? Nagretiro Hindi makapagtrabaho Natanggal sa trabaho Umalis
Ang huling petsa sa pagtrabaho:

Nag-apply ka ba o nakakatanggap ka ba ng alinman sa mga benepisyong nakalista sa ibaba?
 Kawalan ng trabaho Sick leave Pamublikong tulong Mga benepisyong pagreretiro Insurance sa kapansanan
 Anumang iba pang kabayaran sa pang-industriya na insurance? (ibig sabihin, Longshore at Harbor Workers, Jones Act, Railroad)

Kasalukuyan o huling pinagtrabahoan	
Address	NUMERO NG TELEPONO
Lungsod	Estado Zip Code
Uri ng negosyo	Gaano ka na katagal nagtrabaho para sa taga-empleyo na ito?
Ang iyong titulo sa trabaho at ginagawa	

Ano ang iba pang mga pinagtrabahoan at mga titulo ng trabaho na mayroon ka mula nang isara ang iyong claim?

Tandaan: Ang taong gumagawa ng maling pahayag sa pagkuha ng mga benepisyong pang-industriya ay napapailalim sa mga parusang sibil at kriminal. Ipinapahayag ko na ang mga pahayag na ito ay totoo sa abot ng aking kaalaman at paniniwala. Sa paglagda sa form na ito, pinahihintulutan ko ang mga doktor, ospital, klinika o iba pang may medikal na impormasyon na ilabas ang aking mga medikal na rekord sa Kagawaran ng Paggawa at Industriya at/o ang Self-Insured Employer.

Lagda ng Claimant

Petsa

