

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



Aplikasyon para Muling buksan ang Claim Dahil sa Paglala ng Kondisyon

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 serbisyon medikal na ginawang kailangan dahil sa paglala ng iyong kondisyon medikal. Ang aplikasyon kinumpleto mo at ang iyong ibinigay ay **dapat** matanggap ng Departamento o self-insurer sa loob ng 60 araw ng anumang mga serbisyon medikal na kinailangan ng iyong lumalang 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 benepisyong 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.

			Numero ng claim		
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 telefono 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 oriinal na pinsala			Petsa ng pagsasara ng claim		
Taga empleyo sa panahon ng oriinal 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 paghabol? <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 kondisyon 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 Telefono	Numero ng		Pangalan ng doktor Telefono	Numero ng	
Lungsod	Estado	Zip Code	Lungsod	Estado	Zip Code
Nagtatrabaho ka ba? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung hindi, bakit? <input type="checkbox"/> Nagretiro <input type="checkbox"/> Hindi makapagtrabaho <input type="checkbox"/> Natanggal sa trabaho <input type="checkbox"/> Umalis Ang huling petsa sa pagtrabaho:					
Nagapply ka ba o nakatanggap ka ba ng alinman sa mga benepisyong nakalista sa ibaba? <input type="checkbox"/> Kawalan ng trabaho <input type="checkbox"/> Sick leave <input type="checkbox"/> Pampublikong tulong <input type="checkbox"/> Mga benepisyong pagreretiro <input type="checkbox"/> Insurance sa kapansanan <input type="checkbox"/> Anumang iba pang kabayaran sa pang-industriya na insurance? (ibig sabihin, Longshore at Harbor Workers, Jones Act, Railroad)					
Kasalukuyan o huling pinagtratrabahoan					
Address			NUMERO NG TELEONO		
Lungsod		Estado	Zip Code		
Uri ng negosyo		Gaano ka na katagal nagtrabaho para sa taga-employo na ito?			
Ang iyong titulo sa trabaho at ginagawa					
Ano ang iba pang mga pinagtratrabahuan 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/o ang Self-Insured Employer.

Lagda ng Claimant

Petsa

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? Beginning date of current disability
 No Yes If yes, estimate number of days off work:

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.