



# Application upang Muling Buksan ang Paghahabol Dahil sa Lumalalang Kondisyon

## Impormasyon ng Manggagawa

Kumpletuhin nang buo ang iyong bahagi para sa madaling aksyon.

Numero ng paghahabol

Gamitin lamang ang form na ito kung lumala ang iyong medikal na kondisyon at mahigit 60 araw nang naisara ang iyong paghahabol. Kung nagkaroon ka ng **bagong** pinsala sa trabaho, kumpletuhin ang bagong form para sa Pag-uulat ng Pinsalang May Kaugnayan sa Trabaho o Sakit mula sa Trabaho.

Kung ang mga benepisyong nawalang panahon ay binayaran bago ginawa ang isang desisyon tungkol sa muling pagbukas at ang iyong paghahabol ay hindi binuksang muli, kakailanganin mong bayaran muli ang mga benepisyong iyon. Makakatanggap ka ng impormasyon tungkol sa iyong application para sa muling pagbukas sa loob ng 90 araw nang matanggap ng Kagawaran ang application para sa muling pagbukas.

Pangalan (Pangalan, Gitnang Pangalan, Apelyido)	Nagbago ba ang iyong pangalan simula nang sarhan ang iyong paghahabol? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo Kung oo, isulat ang dating pangalan:
Numero ng telepono sa bahay	Numero ng Social Security (para sa ID lamang)
Kasalukuyang address ng tahanan	Address para sa sulat (kung iba sa address ng tahanan)
Lungsod Estado Zip Code	Lungsod Estado Zip Code
<input type="checkbox"/> Mas gusto kong ipadala ang aking sulat sa aking kinatawan (ibigay ang pangalan at address ng kinatawan para sa sulat)	

Petsa ng orihinal na pinsala	Petsa noong sinarhan ang paghahabol
Employer sa panahon ng orihinal na pinsala	Buong pangalan ng doktor na gumagamot sa iyo sa panahon ng pagsasara ng paghahabol
Anu-anong mga bahagi ng iyong katawan ang apektado ng pinsala/sakit na ito?	Petsa noong lumala ang kondisyon pagkatapos sarhan ang paghahabol

Ano ang iyong mga pisikal na reklamo sa ngayon?	Nagkaroon ka ba ng anumang bagong pinsala/karamdaman simula sa 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 habang nasa trabaho o wala sa trabaho? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo Kung oo, ipaliwanag	Nakatanggap ka ba ng anumang medikal na paggamot para sa kondisyong ito simula nang sarhan ang paghahabol? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo Kung oo, isulat ang (mga) pangalan at (mga) address ng (mga) gumagamot na doktor.
Pangalan ng doktor Numero ng telepono	Pangalan ng doktor Numero ng telepono
Lungsod Estado Zip Code	Lungsod Estado Zip Code

Ikaw ba ay nagtatrabaho? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung hindi, bakit? <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Hindi makapagtrabaho <input type="checkbox"/> Naalis sa trabaho <input type="checkbox"/> Nagbitiw sa trabaho Petsa noong huling nagtrabaho:
---

Nag-apply ka ba para sa o nakakatanggap ka ba ng anumang benepisyong nakalista sa ibaba? <input type="checkbox"/> Kawalan ng trabaho <input type="checkbox"/> Pagliban sa trabaho dahil sa sakit <input type="checkbox"/> Pamublikong tulong <input type="checkbox"/> Mga benepisyong para sa pagreretiro <input type="checkbox"/> Insurance para sa kapansanan <input type="checkbox"/> Mayroong anumang iba pang kabayaran para sa insurance na may kaugnayan sa kumpanya? (hal. Mga Manggagawa sa Baybayin at Daungan (Longshore and Harbor Workers), Batas Jones (Jones Act), Riles ng Tren (Railroad))
--

Kasalukuyan o huling employer	
Address	Numero ng telepono
Lungsod	Estado Zip Code
Uri ng negosyo	Gaano ka na katagal nagtatrabaho sa employer na ito?
Ang iyong posisyon at mga tungkulin sa trabaho	

Anu-anong ibang mga employer at posisyon sa trabaho ang nagkaroon ka mula nang sarhan ang iyong paghahabol?
---

Tandaan: Ang taong gumagawa ng hindi totoong pahayag sa pagkuha ng mga benepisyo para sa serbisyo industriya ay sasailalim sa mga sibil at kriminal na parusa. Idinideklara ko na totoo ang mga pahayag na ito sa abot ng aking kaalaman at paniniwala. Sa pagpirma 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 Mga Industriya (Department of Labor and Industries) at/o ang Employer na May Sariling Insurance.

---

Pirma ng naghahabol

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.

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.*