



# క్లెయిమ్ తిరిగి తెరవడానికి దరఖాస్తు పరిస్థితి క్షీణించడం కారణంగా

## కార్మికుడి సమాచారం

సరైన చర్య తీసుకోవడానికి భాగం మొత్తాన్ని పూరించండి.

మీ వైద్య పరిస్థితి క్షీణించడం వల్ల మరియు మీ క్లెయిమ్ మూసివేసి 60 రోజుల కంటే ఎక్కువ అయినట్లయితే మాత్రమే, ఈ ఫారాన్ని ఉపయోగించండి. మీరు పని చేస్తున్నప్పుడు ఏదైనా కారణాల వల్ల పనిచేయలేకపోయితే, పారిశ్రామిక గాయాలు లేదా వృత్తిపరమైన జబ్బు ఫారం యొక్క కొత్త నివేదికను పూరించండి.

తిరిగి తెరవాలనే నిర్ణయం తీసుకోవడానికి ముందుగా సమయ వృధాకు సంబంధించిన ప్రయోజనాలేవైనా పొంది ఉండి, మీ క్లెయిమ్ తిరిగి తెరవబడని పక్షంలో, మీరు సదరు ప్రయోజనాలను తిరిగి చెల్లించాల్సి ఉంటుంది. తిరిగి తెరవమని కోరుతూ మీరు చేసిన దరఖాస్తుని సంబంధిత శాఖ వారు అందుకున్నట్లు రసీదు మంజూరు చేయబడిన 90 రోజుల్లోపు, దానికి సంబంధించిన సమాచారాన్ని మీరు అందుకుంటారు.

క్లెయిమ్ నెంబర్

పేరు (మొదటి పేరు, మధ్య పేరు, చివరి పేరు)	మీ క్లెయిమ్ మూసివేయబడినప్పటి నుండి మీ పేరేమైనా మారిందా? <input type="checkbox"/> లేదు <input type="checkbox"/> అవును అవును అయినట్లయితే, మునుపటి పేరుని తెలియజేయండి:				
ఇంటి ఫోన్ నెంబర్	సామాజిక భద్రతా నెంబర్ (ID కోసం మాత్రమే)				
ప్రస్తుత ఇంటి చిరునామా	ఉత్తర ప్రత్యుత్తరాల చిరునామా (ఇంటి చిరునామా కాకుండా వేరేదైనా ఉన్నట్లయితే)				
నగరం	రాష్ట్రం	జిప్ కోడ్	నగరం	రాష్ట్రం	జిప్ కోడ్
<input type="checkbox"/> నాకు సంబంధించిన ఉత్తర ప్రత్యుత్తరాలన్నీ నా ప్రతినీధికి చేరాలని నేను కోరుకుంటున్నాను (ప్రతినీధి పేరు మరియు చిరునామా తెలియజేయండి)					

అసలు గాయమైన తేదీ	క్లెయిమ్ మూసివేసిన తేదీ
అసలు గాయమైనప్పటి యజమాని	క్లెయిమ్ మూసివేయబడే సమయంలో మీకు చికిత్స చేస్తున్న వైద్యుడి పూర్తి పేరు
ఈ గాయం/జబ్బు కారణంగా శరీరంలోని ఏయే భాగాలు ప్రభావితమయ్యాయి?	క్లెయిమ్ మూసివేయబడిన తర్వాత గాయం లేదా పరిస్థితి క్షీణించిన తేదీ

ప్రస్తుత మీ శారీరక పరిస్థితికి సంబంధించిన ఫిర్యాదులు ఏమిటి?	క్లెయిమ్ మూసివేయబడిన తేదీ నుండి ఇప్పటి వరకు మీరు కొత్తగా ఏవైనా గాయాలు ఏదైనా జబ్బుబారిన పడ్డారా? <input type="checkbox"/> లేదు <input type="checkbox"/> అవును అవును అయినట్లయితే, వివరించండి				
మీరు ఉద్యోగంలో ఉండగా లేదా ఉద్యోగంలో లేని మరెప్పుడైనా సంభవించిన మరేదైనా ఇతర గాయం/ప్రమాదం కారణంగా మీ పరిస్థితి క్షీణించినదా? <input type="checkbox"/> లేదు <input type="checkbox"/> అవును అవును అయినట్లయితే, వివరించండి	క్లెయిమ్ మూసివేత సమయం నుండి ఇప్పటి వరకు, మీరు ఈ పరిస్థితికి సంబంధించి ఏవైనా వైద్య చికిత్సలు పొందారా? <input type="checkbox"/> లేదు <input type="checkbox"/> అవును అవును అయినట్లయితే, చికిత్స చేస్తున్న వైద్యుల పేరు(లు) మరియు చిరునామా(లు)ను అందించండి.				
వైద్యుని పేరు	ఫోన్ నెంబర్	వైద్యుని పేరు	ఫోన్ నెంబర్		
నగరం	రాష్ట్రం	జిప్ కోడ్	నగరం	రాష్ట్రం	జిప్ కోడ్

మీరు పని చేస్తున్నారా?  
 అవును  లేదు లేని పక్షంలో, ఎందుకు?  పదవీ విరమణ  పని చేయలేకపోవడం  సామూహికంగా తొలగింపు  వదిలేసా  పని చేసిన ఆఖరి తేదీ:

మీరు క్రింద పేర్కొన్న ప్రయోజనాలలో దేని కోసమైనా దరఖాస్తు చేసి ఉన్నారా?  
 నిరుద్యోగం  అనారోగ్యపు సెలవు  ప్రజా సహాయం  పదవీ విరమణ ప్రయోజనాలు  వైకల్యానికి సంబంధించిన బీమా  
 మరేదైనా ఇతర పారిశ్రామిక బీమా పరిహారం? (అంటే, లాంగ్ షోర్ అండ్ షార్ట్ టర్మ్, జీన్స్ యాక్స్, రైల్వే)

ప్రస్తుత లేదా ఆఖరి యజమాని

చిరునామా	ఫోన్ నెంబర్	
నగరం	రాష్ట్రం	జిప్ కోడ్
వ్యాపార రకం	ఈ యజమాని కోసం మీరు ఎంత కాలం పని చేసారు?	
మీ ఉద్యోగం పేరు మరియు బాధ్యతలు		

మీ క్లెయిమ్ మూసివేయబడినప్పటి నుండి మీరు ఏయే ఇతర యజమానుల దగ్గర ఏయే ఉద్యోగాలు చేశారు?

గమనిక: పారిశ్రామిక సేవా ప్రయోజనాలను పొందేందుకు తప్పకుండా ప్రకటనలు చేసే వ్యక్తిపై సివిల్ మరియు క్రిమినల్ చట్టాలకు లోబడి చర్యలు తీసుకోబడతాయి. ఇందులో నేను పేర్కొన్న ప్రకటనలన్నీ వాస్తవాలేనని, ఇందుమూలంగా నేను పేర్కొంటున్నాను. ఈ ఫారాన్ని సంతకం చేయడం ద్వారా, నేను నాకు సంబంధించిన వైద్య రికార్డులను వైద్యులు, ఆసుపత్రులు, క్లినిక్ లు లేదా వైద్య సమాచారాన్ని కలిగి ఉండే ఇతరులు ఎవరైనా కార్మిక మరియు పరిశ్రమల శాఖ మరియు/లేదా స్వీయ-బీమాదారు యజమానికి అందజేయడానికి అనుమతిస్తున్నాను.

క్లెయిమ్ దారు సంతకం \_\_\_\_\_ తేదీ \_\_\_\_\_

## 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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
List all the elements of your current medical findings including history, examination, and test results that would support a <b>measurable (objective) worsening</b> of the industrial injury or occupational disease since claim closure or the last reopening denial. <b>Attach test results and findings.</b>	
Upon what information did you rely to make comparison to substantiate worsening? Check appropriate box. <input type="checkbox"/> Provider at the time of claim closure <input type="checkbox"/> Reviewed the previous medical file <input type="checkbox"/> Contacted the previous provider <input type="checkbox"/> Other:	
Does the current condition prevent the patient from working? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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.*