



క్లెయిమ్ నంబర్

వర్కర్ సమాచారము

మీ వైద్య పరిస్థితి క్షీణించడం వల్ల అవసరమైన వైద్య సేవలను 30 రోజులలోపు మీ భాగాన్ని పూర్తి చేసి, మీ చికిత్స అందించేవారికి సమర్పించండి. మీ క్షీణత కారణంగా ఏవైనా వైద్య సేవలు అవసరమైన 60 రోజులలోపున, మీరు పూర్తి చేసిన మరియు మీరు అందించిన అప్లికేషన్ ను **తప్పనిసరిగా** డిపార్ట్ మెంట్ లేదా సెల్ఫ్ ఇన్సూరెన్స్ ద్వారా అందుకోవాలి.

మీ వైద్య పరిస్థితి మరింత దిగజారింట్లయితే మరియు మీ క్లెయిమ్ 60 రోజులకు పైగా మూసివేయబడితే మాత్రమే ఈ ఫారమ్ ను ఉపయోగించండి. మీరు పనిలో **కొత్త** గాయాన్ని కలిగి ఉంటే, పారిశ్రామిక గాయం లేదా వృత్తిపరమైన వ్యాధి ఫారమ్ యొక్క కొత్త నివేదికను పూర్తి చేయండి.

రిటైర్మెంట్ గురించి నిర్ణయం తీసుకునే ముందు టైమ్ లాస్ బెనిఫిట్స్ చెల్లించబడి, మీ క్లెయిమ్ మళ్ళీ తెరవబడకపోతే, మీరు ఆ ప్రయోజనాలను తిరిగి చెల్లించాల్సి ఉంటుంది. డిపార్ట్ మెంట్ రిటైర్మెంట్ అప్లికేషన్ ను స్వీకరించిన 90 రోజులలోపు మీరు మీ రిటైర్మెంట్ అప్లికేషన్ గురించి సమాచారాన్ని అందుకుంటారు.

పేరు (మొదటి, మధ్య, చివరి)	మీ క్లెయిమ్ ముగిసినప్పటి నుండి మీ లేదుపేరు మారిందా? <input type="checkbox"/> లేదు <input type="checkbox"/> అవును అవును అయితే, మునుపటి పేరును జాబితా చేయండి:
ఇంటి ఫోన్ నంబర్	సామాజిక భద్రత సంఖ్య (ID కోసం మాత్రమే)
ప్రస్తుత ఇంటి చిరునామా	మెయిలింగ్ చిరునామా (ఇంటి చిరునామాకు భిన్నంగా ఉంటే)
సిటీ స్టేట్ జిప్ కోడ్	సిటీ స్టేట్ జిప్ కోడ్
<input type="checkbox"/> నేను నా కరస్పాండెన్స్ నా ప్రతినీధికి చేరాలనుకుంటున్నాను (ప్రతినీధి పేరు మరియు మెయిలింగ్ చిరునామా ఇవ్వండి)	

అసలు గాయం తేదీ	తేదీ క్లెయిమ్ మూసివేయబడింది
అసలు గాయం సమయంలో ఎంప్లాయిర్	క్లెయిమ్ మూసివేసే సమయంలో మీకు చికిత్స చేస్తున్న వైద్యని పూర్తి పేరు
ఈ గాయం/వ్యాధి వల్ల మీ శరీరంలోని ఏ భాగాలు ప్రభావితమవుతాయి?	క్లెయిమ్ మూసివేసిన తర్వాత తేదీ పరిస్థితి మరింత దిగజారింది

మీ ప్రస్తుత శారీరక ఫిర్యాదులు ఏమిటి?	క్లెయిమ్ మూసివేసిన తేదీ నుండి మీకు ఏవైనా కొత్త గాయాలు/ అనారోగ్యాలు ఉన్నాయా? <input type="checkbox"/> లేదు <input type="checkbox"/> అవును అవును అయితే, వివరించండి
ఉద్యోగంలో లేదా వెలుపల మరొక గాయం/ప్రమాదం కారణంగా మీ పరిస్థితి మరింత దిగజారిందా? <input type="checkbox"/> లేదు <input type="checkbox"/> అవును అవును అయితే, వివరించండి	చికిత్స డాక్టర్(లు) జాబితా పేరు(లు) మరియు చిరునామా(లు). <input type="checkbox"/> లేదు <input type="checkbox"/> అవును అవును అయితే, చికిత్స చేస్తున్న డాక్టర్(లు) పేరు(లు) మరియు చిరునామా(లు)ను జాబితా చేయండి.
డాక్టర్ పేరు ఫోన్ నంబర్	డాక్టర్ పేరు ఫోన్ నంబర్
సిటీ స్టేట్ జిప్ కోడ్	సిటీ స్టేట్ జిప్ కోడ్

మీరు పని చేస్తున్నారా?
 అవును లేదు లేదు అయితే, ఎందుకు? రిటైర్ అయిన పని చేయలేని తీసివేసిన వదలి వేసిన పనిచేసి చివరి తేదీ:

మీరు క్రింద జాబితా చేయబడిన ఏవైనా ప్రయోజనాల కోసం దరఖాస్తు చేసారా లేదా పొందుతున్నారా?
 నిరుద్యోగం అనారోగ్య సెలవు ప్రజా సహాయం పదవీ విరమణ ప్రయోజనాలు వైకల్య బీమా
 ఏదైనా ఇతర పారిశ్రామిక బీమా పరిహారం? (అనగా లాంగ్ షోర్ మరియు హార్బర్ వర్కర్స్, జోన్స్ యాక్ట్, రైల్ రోడ్)

ప్రస్తుత లేదా గత ఎంప్లాయిర్	
చిరునామా	ఫోన్ నంబర్
సిటీ	స్టేట్ జిప్ కోడ్
వ్యాపార రకం	మీరు ఈ యజమాని కోసం ఎంతకాలం పని చేసారు?
మీ ఉద్యోగ శీర్షిక మరియు విధులు	

మీ క్లెయిమ్ మూసివేయబడినప్పటి నుండి మీరు ఏ ఇతర యజమానులు మరియు ఉద్యోగ శీర్షికలను కలిగి ఉన్నారు?

గమనిక: పారిశ్రామిక సేవా ప్రయోజనాలను పొందడంలో తప్పుడు ప్రకటన చేసే వ్యక్తి పౌర మరియు క్రిమినల్ జరిమానాలకు లోబడి ఉంటారు. ఈ ప్రకటనలు నాకు తెలిసినంత వరకు మరియు నమ్మకం మేరకు నిజమని నేను ప్రకటిస్తున్నాను. ఈ ఫారమ్ పై సంతకం చేయడం ద్వారా, నేను డాక్టర్ లు, హాస్పిటల్ లు, క్లినిక్ లు లేదా వైద్య సమాచారం ఉన్న ఇతరులకు నా మెడికల్ రికార్డ్ లను డిపార్ట్ మెంట్ ఆఫ్ లేబర్ మరియు ఇండస్ట్రీస్ మరియు/లేదా సెల్ఫ్ ఇన్సూరెన్స్ ఎంప్లాయిర్ కు విడుదల చేయడానికి అనుమతిస్తాను.

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.