



# คำร้องขอให้ออกใบรับรองการเคลมชดเชยใหม่ เนื่องจากการแยงของอาการ

หมายเลขการเคลม
----------------

## ข้อมูลพนักงาน

กรอกข้อมูลของท่านให้ครบถ้วนและยื่นต่อผู้ให้การรักษาทันทีภายใน 30 วันนับจากมีการให้บริการทางการแพทย์ที่จำเป็นเนื่องจากอาการทางการแพทย์ของท่านแยง สำนักงานหรือผู้ประกันภัยตนเองต้องได้รับคำร้องที่กรอกครบถ้วนแล้วโดยท่านและผู้ให้การรักษาทันทีภายใน 60 วันนับจากมีการให้บริการทางการแพทย์ที่จำเป็นเนื่องจากอาการของท่านแยง

ใช้แบบฟอร์มนี้ในกรณีที่อาการทางการแพทย์ของท่านแยงและเรื่องการเคลมของท่านได้สิ้นสุดลงเป็นเวลาเกินกว่า 60 วันเท่านั้น หากท่านมีการบาดเจ็บเพิ่มเติมในที่ทำงาน กรุณากรอกแบบฟอร์มรายงานการบาดเจ็บจากการทำงานหรือโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพฉบับใหม่ หากมีการจ่ายเงินสิทธิประโยชน์อื่นเนื่องจากการสูญเสียเวลาก่อนที่จะมีการตัดสินใจเกี่ยวกับการยื่นเรื่องชดเชยใหม่และไม่มีการยื่นเรื่องการเคลมของท่านขึ้นใหม่ ท่านต้องชำระคืนเงินสิทธิประโยชน์เหล่านั้น ท่านจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับคำร้องขอให้ออกใบรับรองการเคลมชดเชยใหม่ภายใน 90 วันนับจากวันที่สำนักงานได้รับคำร้องขอให้ออกใบรับรอง

ชื่อ (ชื่อตัว ชื่อกลาง นามสกุล)	ท่านได้เปลี่ยนชื่อนับตั้งแต่เรื่องการเคลมของท่านได้สิ้นสุดลงใช่หรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ หากใช่ กรุณาระบุชื่อเดิม:
หมายเลขโทรศัพท์บ้าน	หมายเลขประกันสังคม (ID เท่านั้น)
ที่อยู่บ้านในปัจจุบัน	ที่อยู่ไปรษณีย์ (หากแตกต่างจากที่อยู่ที่บ้าน)
เมือง มลรัฐ รหัสไปรษณีย์	เมือง มลรัฐ รหัสไปรษณีย์
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้าต้องการให้ส่งหนังสือติดต่อถึงข้าพเจ้าไปที่ผู้แทนของข้าพเจ้า (ระบุชื่อและที่อยู่ไปรษณีย์ของผู้แทน)	

วันที่ได้รับบาดเจ็บครั้งแรก	วันที่เรื่องการเคลมสิ้นสุดลง
นายจ้างในขณะที่มีการบาดเจ็บครั้งแรก	ชื่อเต็มของแพทย์ผู้ให้การรักษาทันทีที่เรื่องการเคลมสิ้นสุดลง
การบาดเจ็บ/โรคนีส่งผลกระทบต่อร่างกายของท่านส่วนใดบ้าง?	ระบุวันที่อาการเริ่มแยงหลังจากที่เรื่องการเคลมได้สิ้นสุดลง

ในปัจจุบัน ท่านมีความเจ็บป่วยทางร่างกายอย่างไรบ้าง?	ท่านได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเพิ่มเติมนับตั้งแต่วันที่เรื่องการเคลมของท่านสิ้นสุดลงใช่หรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ หากใช่ กรุณาอธิบาย
ท่านมีอาการแยงเนื่องจากการบาดเจ็บ/อุบัติเหตุอื่นไม่ว่าจะระหว่างเวลาทำงานหรือนอกเวลาทำงานใช่หรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ หากใช่ กรุณาอธิบาย	ท่านได้รับการรักษาทางการแพทย์สำหรับอาการนี้ นับตั้งแต่วันที่เรื่องการเคลมสิ้นสุดลงใช่หรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ หากใช่ กรุณาระบุชื่อและที่อยู่ของแพทย์ผู้ให้การรักษา
ชื่อแพทย์ หมายเลขโทรศัพท์	ชื่อแพทย์ หมายเลขโทรศัพท์
เมือง มลรัฐ รหัสไปรษณีย์	เมือง มลรัฐ รหัสไปรษณีย์

ท่านยังคงทำงานอยู่ใช่หรือไม่? <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ หากไม่ใช่ เพราะเหตุใด? <input type="checkbox"/> ปลอดภัย <input type="checkbox"/> ไม่สามารถทำงานได้ <input type="checkbox"/> ถูกเลิกจ้าง <input type="checkbox"/> ลาออก วันที่สุดท้ายที่ทำงาน:
---

ท่านได้ยื่นคำร้องขอรับหรือกำลังได้รับสิทธิประโยชน์ใดตามรายการด้านล่างหรือไม่? <input type="checkbox"/> การว่างงาน <input type="checkbox"/> การลาป่วย <input type="checkbox"/> การสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย (public assistance) <input type="checkbox"/> สิทธิประโยชน์หลังการปลดเกษียณ <input type="checkbox"/> การประกันทุพพลภาพ <input type="checkbox"/> เงินชดเชยอื่นใดจากการประกันอุบัติเหตุจากการทำงาน? (กล่าวคือ รัฐบัญญัติว่าด้วยเงินชดเชยสำหรับแรงงานท่าเรือและรัฐบัญญัติโจนส์สำหรับแรงงานทางรถไฟ หรือ Longshore and Harbor Workers, Jones Acts, Railroad)
--

นายจ้างปัจจุบันหรือนายจ้างหลังสุด	หมายเลขโทรศัพท์
ที่อยู่	เมือง มลรัฐ รหัสไปรษณีย์
ประเภทธุรกิจ	ท่านทำงานกับนายจ้างรายนี้เป็นเวลานานเท่าไร?
ตำแหน่งงานและหน้าที่ของท่าน	

ท่านได้ทำงานกับนายจ้างอื่นใดและตำแหน่งงานอื่นใดบ้างนับตั้งแต่วันที่เรื่องการเคลมของท่านได้สิ้นสุดลง?
--

หมายเหตุ: บุคคลที่ทำค่าแกลงอันเป็นเท็จเพื่อให้ได้รับสิทธิประโยชน์จากบริการด้านวิชาชีพต้องระวางโทษทั้งทางแพ่งและอาญา ข้าพเจ้าขอรับรองว่าค่าแกลงเหล่านี้เป็นความจริงตามความรู้และความเชื่อที่ดีที่สุดของข้าพเจ้า ในการลงนามในแบบฟอร์มนี้ ข้าพเจ้าอนุญาตให้แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก หรือผู้อื่นที่มีข้อมูลทางการแพทย์ สามารถเผยแพร่บันทึกเวชระเบียนของข้าพเจ้าต่อสำนักงานแรงงานและอุตสาหกรรม และ/หรือนายจ้างผู้ประกันภัยตนเองได้

## 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.*