



Kötüleſen Durum Nedeniyle Yeniden Talepte Bulunmak için Baſvuru

Talep Numarası

Çalıſan Bilgileri

Tıbbi durumunuzun kötüleſmesi nedeniyle yapılan gerekli tıbbi hizmetlerden sonra 30 gün içinde size ait bölümü eksiksiz tamamlayın ve tedavi tedarikçinize sunun. Kötüleſen durumunuz nedeniyle yapılan gerekli tıbbi hizmetlerden sonra, sizin ve tedarikçinizin tamamladığı baſvuru, 60 gün içinde Departman veya kendini sigortalayan (iſveren) tarafından **alınmalıdır**.

Bu formu sadece tıbbi durumunuz kötüleſtiği ve talebinizin tamamlanmasından sonra 60 günden daha uzun süre geçtiği zaman kullanın. Çalıſırken **yeni** bir yaralanma yaſadıysanız yeni bir Endüstriyel Yaralanma Raporu veya Mesleki Hastalık Formu tamamlayın.

Yeniden baſvuru kararı verilmeden önce zaman kaybı yardımları ödenmiş ve talebiniz yeniden açılmamış ise bu yardımları geri ödemeniz gerekecektir. Yeniden baſvurunuz Departmana ulaştıktan sonra 90 gün içinde yeniden baſvurunuzla ilgili bilgi alacaksınız.

İsmi (İlk, Orta, Soyadı)	Talebiniz kapandıktan sonra adınız deđiſti mi? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Evet ise daha önceki isimlerinizi yazın:
Ev telefon numarası	Sosyal Güvenlik Numarası (sadece kimlik için)
Geçerli ev adresi	Posta adresi (ev adresinden farklı ise)
Œehir Eyalet Posta Kodu	Œehir Eyalet Posta Kodu
<input type="checkbox"/> Haberleſme gönderilerinin temsilcime gitmesini tercih ediyorum (temsilcinin adını ve posta adresini verin)	

İlk yaralanma (hasar) tarihi	Talebin tamamlandığı tarih
İlk yaralanma tarihindeki iſveren	Talebin tamamlandığı tarihte sizi tedavi eden doktorun tam adı
Bu yaralanma/hastalık vücudunuzun hangi kısımlarını etkiledi?	Talep tamamlandıktan sonra durumun daha kötüleſtiği tarih

Œu andaki fiziksel ſikâyetleriniz nedir?	Talebiniz tamamlandıktan sonra yeni yaralanmalar/hastalıklar yaſadınız mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Evet ise açıklayın
Çalıſırken veya iſyeri dışında başka bir yaralanma/kaza nedeniyle durumunuz kötüleſti mi? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Evet ise açıklayın	Talep tamamlandıktan sonra bu durum için tıbbi bir tedavi aldınız mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Evet ise tedavi uygulayan doktorun(ların) adını(larını) ve adresini(lerini) yazın.
Doktor adı Telefon numarası	Doktor adı Telefon numarası
Œehir Eyalet Posta Kodu	Œehir Eyalet Posta Kodu

Çalıſıyor musunuz?
 Evet Hayır Hayıs ise neden? Emekli oldu Çalıſamıyor İſten çıkarıldı ayrıldı Son çalıſtığı tarihten sonra iſten:

Aſağıdaki yardımlardan birine baſvurdunuz mu veya halen alıyor musunuz?
 İſsizlik Hastalık izni Sosyal yardım Emeklilik yardımları Sakatlık sigortası
 Baſka bir endüstriyel sigorta tazminatı? (örn Rıhtım ve Liman İſçileri, Jones Yasası, Demiryolu)

Œimdiki veya son iſveren	
Adres	Telefon numarası
Œehir Eyalet Posta Kodu	
İſin cinsi	Bu iſveren için ne kadar süre çalıſtınız?
İſ unvanınız ve görevleriniz	

Talebiniz tamamlandıktan sonra başka hangi iſverenler ve iſ unvanlarınız oldu?

Not: Endüstriyel hizmet yardımları almak için yanlış beyanda bulunan kiſi cezai ve hukuki cezaya tabidir. Bildiğim ve inandığım kadarıyla bu ifadelerin doğru olduğunu beyan ederim. Bu formu imzalayarak doktorların, hastanelerin, kliniklerin veya baſkalarının tıbbi kayıtlarımla ilgili tıbbi bilgileri Çalıſma ve Endüstri Departmanına ve/veya Kendini Sigortalayan İſverene vermesine izin veriyorum.

Talep edenin imzası

Tarih

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.