



Đơn Xin Mở Lại Yêu Cầu Bồi Thường Do Tình Trạng Bệnh Trở Nên Tội Tệ Hơn

Số Yêu Cầu Bồi Thường

Thông Tin Người Lao Động

Hoàn tất đầy đủ phần của quý vị và gửi cho nhà cung cấp dịch vụ điều trị của quý vị trong vòng 30 ngày kể từ ngày thực hiện bất kỳ dịch vụ y tế nào cần thiết do tình trạng bệnh của quý vị trở nên tồi tệ hơn. Đơn xin được quý vị hoàn tất và nhà cung cấp của quý vị **phải** được Sở hoặc công ty tự bảo hiểm tiếp nhận trong vòng 60 ngày kể từ ngày thực hiện bất kỳ dịch vụ y tế nào cần thiết do tình trạng của quý vị trở nên tồi tệ hơn.

Chỉ sử dụng mẫu đơn này nếu tình trạng bệnh của quý vị đã trở nên tồi tệ hơn và yêu cầu bồi thường của quý vị đã được chấm dứt hơn 60 ngày. Nếu quý vị bị chấn thương **mới** tại nơi làm việc, hãy hoàn tất mẫu đơn mới về Báo Cáo Thương Tật Lao Động hoặc Bệnh Nghề Nghiệp. Nếu các phúc lợi do thời gian nghỉ việc được chi trả trước khi quyết định mở lại được đưa ra và yêu cầu bồi thường của quý vị không được mở lại, quý vị sẽ phải hoàn trả các phúc lợi đó. Quý vị sẽ nhận được thông tin về đơn xin mở lại của mình trong vòng 90 ngày kể từ ngày Sở nhận được đơn xin mở lại.

Tên (Tên, Tên Lót, Họ)	Tên quý vị đã có thay đổi kể từ khi yêu cầu bồi thường của quý vị chấm dứt? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có Nếu có, hãy liệt kê tên trước đây:
Số điện thoại nhà	Số An Sinh Xã Hội (chỉ dành cho ID)
Địa chỉ nhà hiện tại	Địa chỉ gửi thư (nếu khác với địa chỉ nhà)
Thành phố Tiểu bang Mã vùng	Thành phố Tiểu bang Mã vùng
<input type="checkbox"/> Tôi muốn thư từ liên lạc được gửi đến người đại diện của tôi (cung cấp tên và địa chỉ gửi thư của người đại diện)	

Ngày chấn thương ban đầu	Ngày yêu cầu bồi thường chấm dứt
Sở làm vào thời điểm chấn thương ban đầu	Tên bác sĩ điều trị vào thời điểm yêu cầu bồi thường chấm dứt
Các bộ phận nào trên cơ thể quý vị bị ảnh hưởng bởi chấn thương/bệnh tật này?	Ngày tình trạng đã trở nên tồi tệ hơn sau khi chấm dứt yêu cầu bồi thường

Các khiếu nại về thể chất hiện tại của quý vị là gì?	Quý vị có bị bất kỳ chấn thương/bệnh tật mới nào kể từ ngày chấm dứt yêu cầu bồi thường không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có Nếu có, giải thích
Tình trạng của quý vị có trở nên tồi tệ hơn do một chấn thương/tai nạn khác trong hoặc ngoài việc làm không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có Nếu có, giải thích	Quý vị đã có nhận được bất kỳ điều trị y tế nào cho bệnh này kể từ khi chấm dứt yêu cầu bồi thường không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có Nếu có, hãy liệt kê (các) tên và (các) địa chỉ của (các) bác sĩ điều trị.
Tên bác sĩ Số điện thoại	Tên bác sĩ Số điện thoại
Thành phố Tiểu bang Mã vùng	Thành phố Tiểu bang Mã vùng

Quý vị có đang đi làm không?
 Có Không Nếu không, vì sao? Hết hạn Không thể đi làm Sa thải Bỏ việc Ngày làm việc sau cùng:

Quý vị đã có nộp đơn xin hay quý vị có đang nhận bất kỳ các phúc lợi nào được liệt kê dưới đây không?
 Thất nghiệp Nghỉ phép bệnh Trợ cấp công cộng Phúc lợi hồi hưu Bảo hiểm khuyết tật
 Có bất kỳ bồi thường bảo hiểm lao động khác không? (cụ thể là Longshore and Harbor Workers, Jones Act, Railroad)

Sở làm hiện tại hoặc trước đây

Địa chỉ	Số điện thoại
Thành phố Tiểu bang Mã vùng	
Loại hình doanh nghiệp	Quý vị đã làm việc cho sở làm này bao lâu?
Chức danh và nhiệm vụ của quý vị	

Quý vị đã có các sở làm và chức danh nào khác kể từ khi yêu cầu bồi thường của quý vị bị chấm dứt?

Lưu ý: Người nào khai báo gian dối trong việc có được các phúc lợi dịch vụ công nghiệp sẽ chịu các hình phạt về hình sự và dân sự. Tôi cam kết rằng các lời khai này là đúng với sự hiểu biết và niềm tin tốt nhất của tôi. Khi ký vào mẫu đơn này, tôi cho phép các bác sĩ, bệnh viện, phòng khám chữa bệnh hoặc những người khác có thông tin y tế được tiết lộ hồ sơ y tế của tôi cho Sở Lao Động và Công Nghiệp và/hoặc Sở Làm Tự Bảo Hiểm.

Chữ ký người yêu cầu bồi thường

Ngày

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.