

Dept of Labor and Industries
State Fund
PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291
Fax: 360-902-6100

Dept of Labor and Industries
Self-Insurance
PO Box 44892
Olympia WA 98504-4892
Fax: 360-902-6900



Đơn Xin Mở Lại Lờì Khai Vì Tình Trạng Tồi Tệ Hơn

Thông Tin Nhân Viên

Hoàn tất hết phần của quý vị để tiến hành nhanh chóng

Số Khai Báo

Điền đơn này chỉ khi tình trạng y tế của quý vị tồi tệ hơn và sự khai báo của quý vị đã đóng trong hơn 60 ngày. Nếu quý vị bị chấn thương **mới** tại nơi làm việc, hoàn tất một bản Báo Cáo Chấn Thương hay đơn Bệnh Liên Quan Đến Nghề Nghiệp

Nếu được đền bù về việc mất thời gian trước một quyết định mở lại hồ sơ và khai báo của quý vị không được mở lại, quý vị sẽ được yêu cầu hoàn trả lại những khoản đền bù đó. Quý vị sẽ nhận được thông tin về việc mở lại hồ sơ trong vòng 90 ngày kể từ khi Bộ nhận được đơn xin mở lại

Tên (Tên, Tên Lót, Họ)	Tên của quý vị có thay đổi kể từ khi đóng hồ sơ khai báo không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có Nếu có, kể ra tên đã từng sử dụng trước đây:
Số điện thoại nhà	Số An Sinh Xã Hội (chỉ dành cho ID)
Địa chỉ nhà hiện tại	Địa chỉ nhận thư (nếu khác với địa chỉ nhà)
Thành Phố Tiểu Bang Khu Bưu Chính	Thành Phố Tiểu Bang Khu Bưu Chính
<input type="checkbox"/> Tôi muốn phân hồi của mình gửi tới người đại diện của tôi (cung cấp tên và địa chỉ nhận thư của người đại diện)	

Ngày bị chấn thương	Ngày đóng hồ sơ khai báo
Nơi làm việc lúc bị chấn thương	Họ tên đầy đủ của bác sĩ đang chữa trị cho quý vị tại thời điểm đóng hồ sơ khai báo
Bộ phận nào trên cơ thể của quý vị bị ảnh hưởng bởi chấn thương/bệnh tật này?	Tình trạng trở nên tồi tệ hơn sau khi đóng hồ sơ khai báo vào ngày

Những than phiền về sức khoẻ hiện tại của quý vị là gì?	Quý vị có bất kỳ chấn thương/bệnh tật mới nào kể từ ngày đóng hồ sơ khai báo không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có Nếu có, giải thích
Tình trạng của quý vị có tồi tệ hơn do chấn thương/tai nạn lúc làm việc hay lúc không làm việc không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có Nếu có, giải thích	Quý vị có từng nhận được bất kỳ việc chữa trị nào cho tình trạng này kể từ khi đóng hồ sơ khai báo không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có Nếu có, kể tên và địa chỉ của những bác sĩ chữa trị
Tên bác sĩ Số điện thoại	Tên bác sĩ Số điện thoại
Thành Phố Tiểu Bang Khu Bưu Chính	Thành Phố Tiểu Bang Khu Bưu Chính

Quý vị có đang làm việc không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu không, tại sao? <input type="checkbox"/> Về hưu <input type="checkbox"/> Không có khả năng làm việc <input type="checkbox"/> Bị sa thải <input type="checkbox"/> Tự nghỉ việc Ngày cuối cùng làm việc:

Quý vị đã từng nộp đơn xin hay đang nhận bất kỳ lợi tức nào được liệt kê dưới đây? <input type="checkbox"/> Thất nghiệp <input type="checkbox"/> Nghỉ bệnh ăn lương <input type="checkbox"/> Hỗ trợ công cộng <input type="checkbox"/> Lợi tức hưu trí <input type="checkbox"/> Bảo hiểm khuyết tật <input type="checkbox"/> Bất kỳ bảo hiểm bồi thường công nghiệp nào? (ví dụ, Nhân Viên của Longshore và Harbor, Jones Act, Đường sắt)

Chỗ làm hiện tại hay trước đây	Số điện thoại
Địa chỉ	Thành Phố Tiểu Bang Khu Bưu Chính
Thành Phố Tiểu Bang Khu Bưu Chính	Thế loại kinh doanh
Thế loại kinh doanh	Quý vị làm việc cho nơi này trong thời gian bao lâu?
Chức vụ và trách nhiệm của quý vị	

Những nơi khác quý vị từng làm việc và chức vụ kể từ khi đóng hồ sơ khai báo?

Lưu ý: Người khai báo gian dối nhằm hưởng lợi tức về dịch vụ công nghiệp có thể bị phạt về mặt dân sự và hình sự. Tôi tuyên bố rằng các câu trả lời này đều đúng sự thật với sự hiểu biết và tin tưởng nhất của tôi. Khi ký đơn này, tôi cho phép bác sĩ, bệnh viện, đường đường hay những nơi khác có thông tin bệnh án tiết lộ hồ sơ bệnh án của tôi cho Bộ Lao Động và Công Nghiệp và/hay Chỗ Làm Tự Trả Bảo Hiểm Riêng.

Chữ ký của người khai báo

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.

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.