

索償案重新開案申請書

由於病情惡化

受害人資訊
 請完整填寫需要您填寫的內容
 以便及時辦理

索償號碼

僅在您的病情已經惡化，並且您的索償案結案時間已經超過 90 天的情況下，才應使用此表格。若在做出重新開案決定之前已經支付工時損失補償福利，而且您的索償案尚未重新開案辦理，將要求您償還這些福利金。請在上面欄位內填寫您的索償號碼。於本部接獲您的重新開案申請後 90 天內，您將收到關於重新開案申請的處理通知。

1. 姓名（名，中間名，姓）	2. 自索償案結案以來，您是否曾更改姓名？是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 若是如此，請列出曾用名	3. 家庭電話號碼	4. 社會安全號碼（僅用於身份識別）
5. 目前的家庭住址		6. 郵寄地址（若與家庭住址不同，則請填寫）	
7. 城市	州	郵遞區號	8. 城市
			州
			郵遞區號
8a. 我希望將我的往來信件郵寄給本人的代表姓名：		地址	
		州	
		郵遞區號	
9. 最初受傷的日期		10. 於最初受傷時您的僱主姓名或名稱	
11. 您目前有哪些身體不適症狀？		12. 索償案結案日期	13. 於索償案結案後症狀惡化的日期為？
14. 於索償案結案時您的治療服務提供者之完整姓名		15. 您的哪些身體部位受到影響？	
16. 從索償案結案日期起，您是否有任何新的傷症或病症？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 若是如此，請說明。		17. 您的病症是否因另一受傷事件或事故而惡化？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 若是如此，請說明。	
18. 從索償案結案以來，您是否曾接受過對此病症的任何治療？是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 若是如此，請列明治療服務提供者的姓名和地址。			
19. 服務提供者		20. 服務提供者	
電話號碼		電話號碼	
地址		地址	
城市		城市	
州		州	
郵遞區號+最後 4 位號碼		郵遞區號+最後 4 位號碼	
21. 您是否已申請或正獲得以下某些福利？（請勾選適用項）		是否有任何其他的工商保險補償？（即 Longshore Harbor 僱員補償、Jones 法案僱員補償、鐵路工人補償） <input type="checkbox"/> 若勾選，請加以說明。	
失業 <input type="checkbox"/>	公共補助金 <input type="checkbox"/>		
病假 <input type="checkbox"/>	退休福利 <input type="checkbox"/>		
SSI/SSA <input type="checkbox"/>	殘障保險 <input type="checkbox"/>		
Medicare <input type="checkbox"/>	僱員補償福利 <input type="checkbox"/>		
22. 您目前是否有工作？		若為否，請說明原因？	已退休 <input type="checkbox"/> 無法工作 <input type="checkbox"/>
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			被裁員 <input type="checkbox"/> 辭職 <input type="checkbox"/>
24. 目前或過去的僱主			23. 最後一天上班的日期
地址			電話號碼
城市			州
			郵遞區號+最後 4 位號碼
25. 企業類型			
26. 您的工作職稱及工作職責			
27. 您為此位僱主工作已有多久？			
請注意：凡編造虛假陳述以圖獲得犯罪受害人補償福利者都將受到民事和刑事處罰。本人聲明，據我所知且本人確信，以上聲明均屬實。簽署此表格則表示我允許醫生、醫院、診所和保存本人醫療資訊的其他人員向勞工與工業部和/或犯罪受害人補償計劃 (Crime Victims Compensation Program) 披露我的醫療記錄。			僅供本部填寫
今日日期		受害人簽名 X	

以下為服務提供者資訊

F

Claim number

PROVIDER'S INFORMATION (complete form in FULL)

A claim can **only** be reopened if there is 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 this form. Payment for any additional services will depend on our decision on the reopening request. 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 address on the application. Bills should be sent separately.

1. Please describe patient's current symptoms.

2. What was the FIRST date you saw the patient for these symptoms after claim closure?

3. Are the symptoms the result of the covered injury? Yes No

4a. List physical or psychological examination in detail, including all objective findings referable to complaints and areas involved in your claim. If evaluating a mental condition, please give relationship of all symptoms to the covered injury. Is there a preexisting physical or psychological condition that will retard recovery?

4b. Upon what information did you rely to make the comparison to substantiate worsening? (check box)

- Provider at the time of claim closure
 Reviewed the previous medical file
 Contacted the previous provider
 Other:

5. Does the current condition prevent the patient from working? Yes No If yes, estimate number of days off work:

6. Beginning date of current disability

7a. Describe the physical limitations and/or restrictions preventing the patient from working. Please provide the basis for your opinion.

7b. Could the patient return to work with modified or different duties (light, sedentary work or transitional part time work)?

8. List all medical factors that might impede or influence the patient's recovery.

9. What is your specific curative treatment plan? Please include expected time for recovery and indicate when the patient may return to some form of work.

10. Diagnosis of condition found by examination.

ICD Diagnosis Codes

Form with fields for: Provider's name (type or print), Phone no., Address, City, State, ZIP+4, Today's date, CVCP provider no. / NPI#, Provider's signature (with X mark)

Benefits may be delayed if this form is not filled out completely

Please retain a copy of this reopening application for your records