

SOLICITUD PARA REABRIR UN RECLAMO

INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA

Complete su parte TOTALMENTE
 para acción inmediata

DEBIDO AL EMPEORAMIENTO DE LA CONDICIÓN

Número del reclamo

Importante:

Solamente use este formulario si su condición médica ha empeorado **y** si su reclamo ha estado cerrado por más de 90 días. Si se pagan beneficios de tiempo perdido antes de que se tome una decisión de reapertura y si su reclamo no vuelve a abrirse, se requerirá que usted devuelva el pago de esos beneficios. Por favor escriba su número de reclamo arriba. Usted recibirá información sobre la solicitud para reabrir su reclamo dentro de 90 días después de que el Departamento la haya recibido.

1. Nombre (primero, medio, apellido)			2. ¿Cambió su nombre desde que cerró el reclamo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es sí, indique su nombre anterior		
3. No. de teléfono de la casa.			4. No. de seguro social (para identificación solamente)		
5. Dirección del domicilio actual			6. Dirección postal (si es diferente a la dirección de la casa)		
7. Ciudad	Estado	Código postal	8. Ciudad	Estado	Código postal
8a. Prefiero que mi correspondencia vaya a mi representante Nombre:			Dirección Estado Código postal		
9. Fecha de la lesión original		10. Empleador en la fecha de la lesión original			
11. ¿Cuáles son sus quejas físicas actuales?			12. Fecha de cierre del reclamo		13. ¿Fecha en que empeoró su condición después del cierre del reclamo?
14. Nombre completo del proveedor que le brindó tratamiento al cerrarse el reclamo			15. ¿Qué partes de su cuerpo están afectadas?		
16. ¿Ha sufrido nuevas lesiones o enfermedades desde la fecha en que se cerró el reclamo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es sí, explique.			17. ¿Empeoró su condición debido a otra lesión o accidente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es sí, explique.		
18. ¿Ha recibido tratamiento médico para esta condición desde el cierre del reclamo? Si es sí, indique el/los nombre(s) y dirección(es) del/los proveedor(es) de tratamiento.			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
19. Proveedor		Número de teléfono		20. Proveedor	
Dirección				Número de teléfono	
Ciudad		Estado Código postal		Dirección	
				Ciudad Estado Código postal	
21. ¿Ha solicitado o está recibiendo cualquiera de estos beneficios? (marque todos los que se apliquen)			¿Hay otro seguro de compensación industrial? (por ejemplo., Trabajadores del puerto (Longshore harbor workers), Ley Jones (Jones Act), Ferrocarril (Railroad))		
Desempleo <input type="checkbox"/> Asistencia pública <input type="checkbox"/> Permiso por enfermedad <input type="checkbox"/> Beneficios de jubilación <input type="checkbox"/> SSI/SSA <input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Compensación al trabajador <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si es aplicable, explique		
22. ¿Está usted trabajando? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Si no, ¿Por qué? Jubilado <input type="checkbox"/> Despedido <input type="checkbox"/> Incapacitado para trabajar <input type="checkbox"/> Dejó de trabajar <input type="checkbox"/>		23. Fecha en que trabajó por última vez
24. Empleador actual o último			Número de teléfono		
Dirección			Ciudad Estado Código postal		
25. Tipo de negocio					
26. Su posición de trabajo y tareas					
27. ¿Por cuánto tiempo ha trabajado para este empleador?					
AVISO: Las personas que hagan declaraciones falsas para obtener beneficios de Compensación para víctimas de crimen están sujetas a sanciones civiles y criminales. Certifico a mi mejor entender y conocimiento que estas declaraciones son verdaderas. Mi firma en este formulario autoriza a los doctores, hospitales, clínicas u otros con información médica a entregarle mis archivos médicos al Departamento de Labor e Industrias y/o al Programa de Compensación para Víctimas de Crimen.					Solamente para uso del Departamento
Fecha de hoy		Firma de la víctima X			

CONTINUE FOR PROVIDER'S INFORMATION

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 Contacted the previous provider
 Reviewed the previous medical file 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: Provider's name (type or print), Phone no., Address, City, State, ZIP+4, Today's date, CVCP provider no. / NPI#, Provider's signature

Benefits may be delayed if this form is not filled out completely
Please retain a copy of this reopening application for your records