Department of Labor and Industries
Crime Victims Compensation Program
PO Box 44520
Olympia WA 98504-4520

APLICACIÓN PARA REABRIR UN RECLAMO

DEBIDO AL EMPEORAMIENTO DE LA CONDICIÓN

INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA
Complete su parte TOTALMENTE
para acción inmediata

Número del reclamo

Importante:
Solamente use este formulario si su condición médica ha empeorado y 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 su reclamo no se reabre, se requerirá que usted devuelva el pago de esos beneficios. Por favor escriba su número de reclamo arriba. Usted recibirá información sobre su aplicación de reapertura dentro de 90 días después de que el departamento haya recibido la aplicación de reapertura.

1. Nombre (primero, medio, apellido)
2. ¿Cambió el nombre desde que cerró el reclamo? Sí ☐ No ☐
   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 Dirección Estado Código postal
Name:

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 complete del proveedor que le brindó tratamiento al cerrarse el reclamo
15. ¿Cuáles partes de su cuerpo están afectadas?
16. ¿Ha sufrido nuevas lesiones o enfermedades desde la fecha en que se cerró el reclamo?
    Sí ☐ No ☐ Si es sí, explique.
17. ¿Empeoró su condición debido a otra lesión o accidente?
    Sí ☐ No ☐ Si es sí, explique.
18. ¿Ha recibido tratamiento médico para esta condición desde el cierre del reclamo? Sí ☐ No ☐
    Si es sí, indique el/los nombre(s) y dirección(es) del/los proveedor(es) de tratamiento.
19. Proveedor Número de teléfono
    Dirección
    Ciudad Estado Código postal
20. Proveedor Número de teléfono
    Dirección
    Ciudad Estado Código postal
21. ¿Ha aplicado usted para o está recibiendo cualquiera de estos beneficios? (marque todos los que se apliquen)
    Desempleo ☐ Asistencia pública ☐
    Permiso por enfermedad ☐ Beneficios de retiro ☐
    SSI/SSA ☐ Seguro por discpacidad ☐
    Medicare ☐ Compensación al trabajador ☐

    ¿Hay otro seguro de compensación industrial? (por ejemplo., Trabajadores del puerto (Longshore harbor workers), Ley Jones (Jones Act), Ferrocarril (Railroad)
    ☐ Si es aplicable, explique

22. ¿Está usted trabajando? Sí ☐ No ☐
    Si no, ¿Por qué? Jubilado ☐ Incapacitado para trabajar ☐ Despedido ☐ Dejo de trabajar ☐
23. Fecha en que dejó de trabajar
24. Empleador actual o último Número de teléfono
    Dirección Ciudad Estado Código postal
25. Tipo de negocio
26. Su título y deberes de trabajo
27. ¿Por cuánto tiempo ha trabajado para este empleador?

AVISO: Persons making false statements in obtaining Crime Victims Compensation benefits are subject to civil and criminal penalties. I declare that these statements are true to the best of my knowledge and belief. In signing this form, I permit doctors, hospitals, clinics or others with medical information to release my medical records to the Department of Labor and Industries and/or the Crime Victims Compensation Program.

Fecha de hoy

Firma de la víctima
X

Dept. use only

CONTINUE FOR PROVIDER'S INFORMATION

PROVIDER'S INFORMATION (complete form in FULL)	Claim number

Please complete this form and send it to the Crime Victims Compensation 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. 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.

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

Provider's name (type or print)			Phone no.	
Address		City	State	ZIP+4
Today's date	CVCP provider no. / NPI#	Provider's signature **X**		

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

Please retain a copy of this reopening application for your records