

Dept. of Labor and Industries  
Claims Section  
PO Box 44291  
Olympia WA 98504-4291

Dept. of Labor and Industries  
Self Insurance  
PO Box 44892  
Olympia WA 98504-4892

# APLICACIÓN PARA REABRIR UN RECLAMO

## INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Complete la parte que le corresponde en su TOTALIDAD para acción inmediata

## DEBIDO AL EMPEORAMIENTO DE LA CONDICIÓN

Número del reclamo

### Importante:

Solamente use este formulario si su condición médica ha empeorado y su reclamo ha estado cerrado por más de 60 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. Si usted sufre una **nueva** lesión en el trabajo, complete un nuevo formulario de Reporte de Lesión Industrial o Enfermedad Ocupacional en vez de esta aplicación.

1. Nombre (primero, medio, apellido)			2. ¿Cambió de nombre desde que se cerró el reclamo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si marcó 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 condiciones 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 por esta lesión/enfermedad?						
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 ya sea en o fuera del trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si marcó sí, explique.						
18. ¿Ha recibido tratamiento médico para esta condición desde el cierre del reclamo? Si marcó 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 médico			Número de teléfono		20. Proveedor médico			Número de teléfono	
Dirección			Dirección						
Ciudad		Estado	Código postal +4		Ciudad		Estado	Código postal + 4	
21. ¿Ha aplicado usted para o está recibiendo cualquiera de estos beneficios? (marque la(s) casilla (s) correcta(s))  Desempleo <input type="checkbox"/> Asistencia pública <input type="checkbox"/> Permiso por enfermedad <input type="checkbox"/> Beneficios de retiro <input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad <input type="checkbox"/>			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"/> Dejo de trabajar <input type="checkbox"/>			23. Fecha en que dejó de trabajar			
24. Empleador actual o último			28. ¿Qué otros empleos y títulos de trabajo ha tenido usted desde que se cerró su reclamo?						
Dirección			Número de teléfono						
Ciudad		Estado	Código postal +4						
25. Su título y deberes de trabajo									
26. Tipo de negocio									
27. ¿Por cuánto tiempo ha trabajado para este empleador?									
<b>AVISO:</b> Las personas que hagan declaraciones falsas para obtener beneficios de seguro industrial estarán sujetas a cargos civiles y/o criminales bajo la ley. Certifico que a mi entender, la información es correcta y verdadera. 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 empleador autoasegurado.							Dept. use only		
Fecha de hoy		Firma del reclamante <b>X</b>							

CONTINUE PARA INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR