

Envíe los formularios completos por correo postal o fax a:

PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291

O envíelos por fax a: 360-902-4567

Nombre del trabajador	Número de reclamo
Cargo de la lesión	

A. Solicitud de estado de trabajador lesionado para trabajadores lesionados

(Con frecuencia los proveedores vocacionales completan esta sección. ¿No es usted un proveedor vocacional y necesita ayuda? Llame a su asesor de rehabilitación vocacional [Vocational Rehab Counselor, VRC] o al 800-845-2634).

Requisitos que un trabajador lesionado debe cumplir para obtener el estado de trabajador lesionado*
(solo trabajadores del Fondo Estatal)

1. El proveedor de atención médica del trabajador restringió al trabajador de forma permanente de regresar a la actividad que estaba realizando al momento de la lesión.

Adjunte **uno** de los siguientes documentos requeridos:

- Un [Análisis de trabajo](#) o una [Descripción de trabajo del empleador](#) completos y firmados del trabajo que causó la lesión que muestre la desaprobación **permanente** por parte del proveedor de atención médica del trabajador
- La información médica en el archivo de reclamo que claramente indique que el trabajador está **permanentemente** restringido de realizar el trabajo que causó la lesión y especifique las tareas el trabajador no puede realizar

2. Las restricciones de trabajo indicadas por el proveedor de atención médica están respaldadas por los hallazgos médicos relacionados con la condición aceptada.

Adjunte el siguiente documento requerido:

- La hoja clínica o el examen médico independiente (Independent Medical Exam, IME) que contenga hallazgos relacionados con la condición médica aceptada del reclamo (no es necesario presentar grandes volúmenes de información).

3. No se espera una mayor recuperación debido a la pérdida permanente del trabajador de la función física o mental relacionada con la condición aceptada.

Adjunte el siguiente documento requerido:

- La hoja clínica, el Formulario de Restricciones Laborales (Activity Prescription Form, APF) o el IME que indique lo siguiente:
 - que el trabajador haya completado el tratamiento
○
 - que haya logrado o esté a punto de lograr su máxima mejoría médica

Presentado por

Escriba el nombre de la persona que envió el paquete

Si no es el trabajador, escriba el cargo y el nombre del negocio o empresa

Número de proveedor de VRC (si corresponde)

Número de teléfono

Número de identificación del VRC (si corresponde)

Número de proveedor de la empresa del VRC (si corresponde)

Firma del remitente (requerida)

Fecha (requerida)

Solicitud para trabajadores lesionados

Nombre del trabajador	Número de reclamo
-----------------------	-------------------

B. Solicitud de la aprobación del empleo del trabajador lesionado

(El empleador contratante debe completar esta sección. ¿Necesita ayuda? Llame a su VRC o al número que se encuentra a continuación).

Nombre comercial del empleador contratante	Número de cuenta de L&I (Labor e Industrias)
Dirección postal del empleador	
Ciudad	Estado Código postal
Número de teléfono	Número de fax
Cargo nuevo del trabajador	Fecha de contratación/fecha de inicio

- ¿Actualmente este trabajador tiene el estado de trabajador lesionado?
 Sí No (Si la respuesta es "No", solicítelo en la Parte A de este formulario).
- ¿El proveedor de atención médica del trabajador aprobó el empleo y lo encuentra dentro de las restricciones médicas documentadas del trabajador?
 Sí No
- ¿Se encuentra usted (el empleador) en buenos términos con L&I?
 Sí No (para verificar vaya a:)
- ¿Se encuentra usted (el empleador) "autoasegurado" por la cobertura de compensación para trabajadores en Washington?
 Sí No ¿No sabe lo que significa "autoasegurado"? Consulte www.Lni.wa.gov/SelfInsurance
Si respondió que "Sí" a la pregunta anterior, ¿se certificó al trabajador como un trabajador lesionado conforme a un reclamo del Fondo Estatal después del 1 de enero de 2016?
 Sí No

Documentos adjuntos requeridos

- [Análisis del trabajo](#) o [Descripción de trabajo del empleador](#) aprobados por el proveedor de atención médica y consistentes con las restricciones de trabajo en el archivo de reclamo de L&I del trabajador
- Oferta de trabajo formal firmada por el trabajador y el empleador

Firme a continuación para certificar que la información de este formulario es verdadera y precisa.

Nombre en letra de imprenta del empleador	Cargo
Firma del empleador (requerida del empleador contratante)	Fecha (requerida)
Nombre en letra de imprenta de la persona que envía el paquete	Escriba el cargo y el nombre del negocio o empresa
Firma del remitente (requerida)	Fecha (requerida) Número de teléfono

*Para obtener más información sobre el Programa de incentivos para volver a emplear a trabajadores lesionados, vaya a www.Lni.wa.gov/PreferredWork

Importante: Los nuevos requisitos de elegibilidad comenzaron el 1 de enero de 2016. Para consultarlos en línea, busque [la Sección 51.32.095\(4\) del Código Revisado de Washington \(Revised Code of Washington, RCW\)](#).