

Envíe el formulario completado a:
 Department of Labor and Industries
 PO Box 44269
 Olympia WA 98504-4269



DECLARACIÓN DE SERVICIOS DE CAPACITACIÓN Y MODIFICACIÓN DE TRABAJO

Información del trabajador (Por favor escriba en letra imprenta)

Nombre (Apellido, Primer nombre, Inicial del segundo nombre)			Nro. de reclamo
Dirección residencial # de apartamento			Fecha de la lesión
Ciudad	Estado	CÓDIGO POSTAL	Nro. de Seguro Social (para identificación solamente)
			Nro. de teléfono

Información del proveedor (Por favor escriba en letra imprenta)

Nombre del proveedor			Número de proveedor de L&I
Dirección			Número de Identificación del Empleador
Ciudad	Estado	CÓDIGO POSTAL	No. de teléfono

Información sobre el Consejero de Rehabilitación Vocacional (Por favor escriba en letra imprenta)

Nombre del Consejero de Rehabilitación Vocacional	Identificación de referencia
	Identificación del Consejero de Rehabilitación Vocacional (VRC, por su sigla en inglés) (Número de proveedor de L&I)

Información de facturación

¿Es esta factura para un reembolso al trabajador lesionado?
 Sí (Se requiere el recibo y la firma) No

Desde la fecha de servicio	Hasta la fecha del servicio	Lugar de servicio	Tipo de servicio	Código de Procedimiento	Descripción de servicios o materiales	Unidades	Cargos
1		99	V				
2		99	V				
3		99	V				
4		99	V				
5		99	V				
6		99	V				
7		99	V				
8		99	V				
9		99	V				
10		99	V				

Cargos totales
\$

Firma del trabajador:

Estos gastos están relacionados con mi reclamo de compensación para los trabajadores y no me los han reembolsado. Entiendo que es un delito someter información que sé es falsa.

Firma del proveedor:

Certifico que la información en la factura es verdadera y correcta. No me han reembolsado ninguna parte de esta factura.

Firma (Requerida para un reembolso al trabajador) _____ Fecha _____

Firma _____ Fecha _____

Instrucciones para completar la Declaración de Servicios de Capacitación y Modificación de Trabajo:

Información del trabajador:

Número de reclamo	Escriba el número de reclamo del trabajador.
Nombre	Escriba el nombre legal del trabajador en el formato de, apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre.
Fecha de la lesión	Escriba la fecha de la lesión.
Dirección residencial	Escriba la última dirección donde vive el trabajador.
Número de Seguro Social	Escriba el número de Seguro Social del trabajador. Utilizado solamente para verificar el número de reclamo.
Número de teléfono	Escriba el número de teléfono del trabajador.

Información del proveedor:

Número de proveedor de L&I	Escriba el número de proveedor de L&I.
Nombre del proveedor	Escriba el nombre del proveedor como está registrado con L&I.
Dirección del proveedor	Escriba la dirección donde atiende el proveedor.
Número de identificación del empleador	Escriba el Número de identificación del empleador (EIN, por su sigla en inglés) del proveedor que está facturando. Este debe ser el mismo EIN que está en el archivo de la agencia.
Número de teléfono	Escriba el número de teléfono donde la agencia puede llamar si tiene preguntas sobre su factura.

Información sobre el Consejero de Rehabilitación Vocacional

Número de identificación de la referencia	Escriba el número de identificación de la referencia
Identificación del Consejero de Rehabilitación Vocacional (VRC, por su sigla en inglés)	Escriba el número de identificación del Consejero de Rehabilitación Vocacional. Este es el número de proveedor de L&I para el VRC.
Nombre del Consejero de Rehabilitación Vocacional	Escriba el nombre del consejero de rehabilitación vocacional como está registrado con L&I.

Información de la factura:

¿Es esta factura para un reembolso al trabajador lesionado?	Marque la casilla apropiada. Se requieren los recibos si esta factura es para un reembolso a un trabajador. Envíe copias de sus recibos. Los recibos deben ser detallados y legibles.
---	---

Use una línea para cada servicio proporcionado. Complete cada área que se aplique a usted.

Desde la fecha de servicio	Escriba la fecha en que comenzó el servicio.
Hasta la fecha de servicio	Escriba la fecha en que terminó el servicio.
Código del procedimiento	Refiérase a la lista de códigos de procedimientos escrita abajo. Escriba el código apropiado. Anote un código por línea.
Descripción	Escriba una breve descripción de los servicios proporcionados.
Unidades	Escriba el número de unidades por servicio.
Cargos	Escriba el cargo por cada servicio proporcionado.
Total de cargos	Escriba el total de todos los cargos en la factura.

Códigos de la modificación del trabajo/ adaptación antes de comenzar el trabajo:	Códigos de hospedaje y capacitación:	Códigos de procedimiento para capacitación:	Códigos de transporte para capacitación:
0380R Equipo para la modificación del trabajo	R0360 Comidas (alimento) y los gastos comunes de servicios al hogar tales como electricidad, gas natural, combustible para la calefacción u otras fuentes de energía.	R0310 Matrícula, costos de capacitación	0302R Estacionamiento
0385R Equipo de adaptación antes de comenzar el trabajo	R0370 Alquiler 0375R Costo de mudanza de una sola vez (por la duración del reclamo)	R0312 Materiales R0315 Equipo, herramientas	0303R Peaje de puentes y transbordadores 0304R Transporte comercial
0389R Modificación del trabajo/Consultoría de adaptación antes de comenzar el trabajo		R0320 Exámenes, costo de la licencia	
0391R Viaje/Espera			
0392R Millaje			
0393R Transbordadores		R0340 Libros R0350 Otro R0390 Servicios de cuidado de niños	