|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Department of Labor and Industries  Insurance Services Administration  PO Box 44291  Olympia WA 98504-4291 | State Seal - Fax 300.tif | **Reembolso de salario del programa Permanezca en el Trabajo**  **Solicitud para empleadores**  *Solicitar el reembolso de* ***gastos*** *por separado* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Empleador** |  | **Nombre del trabajador** |
| Nombre del negocio |  |  |
| Número de cuenta de L&I (Labor e Industrias) |  | Número de reclamo del L&I |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Enviar el reembolso a** | | |  | **Descripción del trabajo antes de la lesión** |
| Dirección postal | | |  | *Ejemplo: trabajador de almacén: empacador* |
|  |
|  | | |  | **Trabajo liviano o transitorio descripción**  *Ejemplo: empleado de control de inventario* |
| Ciudad | Estado | Código postal |  |  |

**Solicite aquí el reembolso del 50% de los salarios base que pagó por hasta 66 días o $10,000 (lo que ocurra antes).**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Consejos:** no incluya propinas, comisiones, bonos, comidas, vivienda, combustible, beneficios de cuidado de la salud, etc.  (Vea la página 2 para consultar los salarios base). | | | |
| **Pago a mi trabajador un salario fijo**  Sí  No | | **Llevo un registro de la cantidad de horas trabajadas**  Sí  No | |
| **Consejos:**  Reúna los registros de pago del empleado, incluidos los registros de horario diarios donde se indiquen las horas trabajadas cada día. Estos registros le ayudarán a llenar esta sección. También deberá enviar copias de los registros junto con este formulario.  (Vea la página 2.) | Periodo de duración del trabajo liviano o transitorio:       a  mm/dd/aaaa mm/dd/aaaa | | **Consejos:**  Cuando llene la información de los salarios base:   * Incluya únicamente las horas y los salarios pagados por el trabajo realizado. * No incluya los pagos por días feriados, vacaciones, permisos por enfermedad o cualquier otro pago o beneficio similar. |
| ¿Trabajó el turno vespertino o nocturno?  Sí  No | |
| Tarifa del salario base por trabajo liviano o transitorio:  $      por       (Vea la página 2 para consultar los salarios base). | |
| Número total de días solicitados (en los que el empleado realmente llevó a cabo el trabajo liviano) | |
| Salario base total pagado durante este periodo de trabajo liviano o transitorio: $ | |
| 50 % de la cantidad que usted solicita: **$** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Consejos:**  Incluya las fechas, n.º de horas y el ***salario diario total*** pagado por cada día de trabajo.  **Ejemplo:**  8 horas x $11 por hora = $88.00 de salario diario total.  Debe enviar la solicitud en un plazo de un año a partir de la fecha en que se realizó el trabajo. | Fecha  (mm/dd/aa) | N.º de horas | Salario diario total | Fecha  (mm/dd/aa) | N.º de horas | Salario diario total | Fecha  (mm/dd/aa) | N.º de horas | Salario diario total |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Firme a continuación para confirmar que la información de este formulario es verdadera y precisa.   
Importante: Adjunte los *documentos requeridos que se mencionan en la página 2.*

|  |  |
| --- | --- |
| Firma | Nombre en letra de imprenta y puesto |
| Fecha de firma (mm/dd/aaaa) | N.º de teléfono en caso de que necesitemos llamarle |
| Fecha en la que el empleador envió la descripción del trabajo al proveedor (mm/dd/aaaa) | |

Envíe el formulario lleno por fax al **360-902-6100** o por correo postal a la dirección que aparece más arriba.

¿Tiene alguna pregunta? Llame al **1-866-406-2482** o al **360-902-4411**.

|  |
| --- |
| **Reembolso de salario del programa Permanezca en el Trabajo: ¿qué cubre?** |

El **50 %** de los **salarios base** de su trabajador lesionado:

* Por hasta **66 días** en los que se realizó realmente el trabajo*. (Menos de 8 horas sigue contando como un día).*
* Dentro de un periodo consecutivo de 24 meses.
* Hasta $10,000 por reclamo.

**Los salarios base incluyen** los salarios pagados por el trabajo que se realizó realmente durante el trabajo liviano o transitorio, y pueden incluir variaciones en las tasas horarias como las horas extra o el diferencial de turnos.

**Los salarios base no incluyen** propinas, comisiones, bonos, comidas, vivienda, combustible, beneficios de cuidado de la salud (incluida la atención dental y de la visión), viáticos, reembolsos por gastos relacionados con el trabajo o cualquier otro pago. Los salarios base no incluyen pagos por trabajos que en realidad no se realizan, como pagos por días feriados, pagos por vacaciones, ausencia por enfermedad o pagos o beneficios similares.

|  |
| --- |
| **Para ser elegible para este programa, el empleador debe:** |

* Estar pagando las primas de compensación para los trabajadores de L&I. ***(El programa no se encuentra disponible para los empleadores autoasegurados).***
* Ser el empleador al momento en que se produce la lesión en el reclamo, O BIEN, por un reclamo relacionado con una enfermedad ocupacional:
  + ser un empleador cuya evaluación de la experiencia se vea afectada por el reclamo debido a que alguna vez contrató al trabajador, o
  + ser el último empleador en contratar al trabajador cuando se presentó el reclamo (incluso si el reclamo no afectará su evaluación de la experiencia).
* Brindar al proveedor de cuidado de la salud del trabajador una descripción del trabajo liviano o transitorio disponible en la que se indiquen los requisitos físicos necesarios para el trabajo, antes de que este inicie.
* Contar con la aprobación por escrito del proveedor de cuidado de la salud del trabajador para el trabajo liviano o transitorio.
* Seguir brindando todos los beneficios de cuidado de la salud que tenía el trabajador, a menos que esos beneficios no concuerden con el programa de beneficios actual del empleador para los trabajadores.
* Presentar la solicitud *en el plazo de un año* a partir de que se hicieron los gastos elegibles.

|  |
| --- |
| **Los tres documentos que se deben adjuntar a este formulario:** (No es necesario que adjunte las copias que ya están en el archivo del reclamo. Puede consultar el archivo del reclamo en [www.secure.Lni.wa.gov/home](http://www.secure.Lni.wa.gov/home)). |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Importante:*** *Anote el número de reclamo de L&I en todas las páginas adjuntas****.*** | |  |
| **1. Información de nómina:** una copia de los registros de nómina y los registros de tiempo diarios, en donde se documenten las horas trabajadas cada día y monto del salario base pagado cada día, por las horas en que el trabajador realizó el trabajo liviano o transitorio.  **2. La descripción** del proveedor de las restricciones físicas que le impiden al trabajador hacer su trabajo habitual, como el Formulario de Restricciones Laborales (Activity Prescription Form, APF) \* o una copia de la hoja clínica.  \*Formulario de Restricciones Laborales  **3. La descripción de su trabajo liviano o transitorio** junto con la aprobación por escrito del proveedor de cuidado de la salud.  Puede usar:  Formulario de descripción del trabajo estándar (F252‑040‑000): [www.Lni.wa.gov/FormPub/Detail.asp?DocID=1684](http://www.Lni.wa.gov/FormPub/Detail.asp?DocID=1684)  o bien,  la descripción del trabajo de retorno al trabajo que usa su empresa actualmente con L&I. | **Instrucciones para enviar esta solicitud a L&I:**   * **Imprima su formulario completo.** * **Fírmelo.** * **Reúna los documentos requeridos.**   (*Anote el n.º de reclamo en cada página).*   * **Envíe el formulario y el resto de los documentos por FAX al:** **360-902-6100**   *(o envíelos por correo postal a la dirección que aparece en la página 1).*  **¿Tiene alguna pregunta? Podemos ayudar:**  **Llame al: 1-866-406-2482***, sin costo*  *o al* **360-902-4411**  **O bien, visite:**  **StayAtWork.Lni.wa.gov** | |

Leyes y reglas del reembolso del programa Permanezca en el Trabajo: [Código Revisado de Washington (Revised Code of Washington, RCW) 51.32.090](http://app.leg.wa.gov/rcw/default.aspx?cite=51.32.090) y [Código Administrativo de Washington (Washington Administrative Code, WAC) 296-16A](http://app.leg.wa.gov/wac/default.aspx?cite=296-16A)