



# SOLICITUD PARA EL REEMBOLSO DE GASTOS DE VIAJE

Department of Labor and Industries  
PO Box 44269  
Olympia WA 98504-4269

NO ESCRIBA  
EN ESTE  
ESPACIO >

<b>Información del trabajador lesionado</b>			Número del reclamo
Nombre del trabajador (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)			Fecha de la lesión
Dirección residencial del trabajador (no un apartado postal)		Apartamento	Número de seguro social (sólo para identificación)
Ciudad	Estado	Código Postal	Número de teléfono

## Información del viaje ¿Por qué viajó? Si marcó más de una casilla, debe usar un formulario por separado para cada tipo de viaje.

- Viajé para una visita al médico o para recibir tratamiento médico
  Viajé para recibir reentrenamiento
  Viajé para recibir servicios vocacionales  
 (Adjunte el formulario de pago disponible para transportación, en inglés: Transportation Cost Encumbrance)

Lea las instrucciones al reverso de este formulario antes de completar esta sección.

A	B	C	D	E	F	G	H
Fecha (Cada viaje o gasto) (mes/día/año)	Código de viaje o de gasto por línea (Vea el reverso)	Desde: (Ciudad donde vivía en la fecha de viaje)	Destino: (Ciudad)	Proveedor visitado y propósito del viaje	Número de millas (Viaje de ida y vuelta)	Costo del número de millas (opcional-vea el reverso)	Gastos como se indica atrás (uno por línea)
1.						\$	\$
2.						\$	\$
3.						\$	\$
4.						\$	\$
5.						\$	\$
6.						\$	\$
7.						\$	\$
<b>Totales</b>						\$	\$

### Requisitos para las firmas:

- Firma de la persona visitada en este viaje: 1) Visitas médicas - la persona que usted vió tiene que firmar para verificar cada fecha en que viajó.  
2) Servicios vocacionales y de reentrenamiento - su consejero vocacional tiene que firmar para verificar cada fecha en que viajó.

Fecha y firma de autorización de la persona visitada	Fecha y firma de autorización de la persona visitada	Fecha y firma de autorización de la persona visitada
1. _____ Fecha	4. _____ Fecha	7. _____ Fecha
2. _____ Fecha	5. _____ Fecha	
3. _____ Fecha	6. _____ Fecha	

### Firma del trabajador (los formularios que no estén firmados serán rechazados)

Estos gastos están relacionados con mi reclamo de compensación al trabajador y no he sido reembolsado por ellos. Entiendo que es un crimen someter información falsa. He leído y entiendo las instrucciones al reverso de este formulario.

Fecha	Firma del trabajador
-------	----------------------

**Lea las instrucciones cuidadosamente antes de completar este formulario.  
Le podemos reembolsar solamente si el formulario está completo, correcto y firmado.**

**Información importante**

Si usted viajó para un Examen Médico Independiente, entonces no tiene el formulario correcto para el reembolso del viaje. Por favor busque el formulario de reembolso de viaje para IME, F245-224-999 en el sitio de Internet de L&I (<http://www.LNI.wa.gov/IPUB/245-224-000.pdf>) o llame a la línea de asistencia a proveedores al 1-800-848-0811.

De acuerdo a la ley, RCW 51.36.20 los gastos de viaje razonables para reparaciones o reemplazo de equipo ortopédico u ortótico se pagan (excepto los dispositivos para la audición) después de que su reclamo se haya cerrado si se aplican **estas dos condiciones**:

- 1) L&I o su empleador autoasegurado originalmente compraron el dispositivo; y
- 2) Usted viajó en o después del 6/12/08

NOTA: No se reembolsan otros gastos de viaje mientras su reclamo esté cerrado o si está recibiendo pensión a menos que L&I o su empleador autoasegurado lo hayan solicitado.

Para visitas y tratamiento médico, los gastos de viaje son reembolsables solamente cuando usted tiene que viajar más de 10 millas de ida (más de veinte millas de ida y vuelta) desde su casa hasta el punto más cercano para el tratamiento adecuado.\* Los gastos de viaje no son reembolsables más allá del punto más cercano del tratamiento adecuado aunque prefiera recibir tratamiento en otro lugar.

- \*La regla de las 10 millas no se aplica cuando L&I o el empleador autoasegurado hayan solicitado el examen y las citas vocacionales.
- Los gastos de viaje no son reembolsables por viajes a la farmacia para comprar medicinas recetadas.
- Usted puede buscar proveedores de L&I cerca de usted en Find-A-Doc: [www.LNI.wa.gov/ClaimsIns/Claims/FindaDoc/](http://www.LNI.wa.gov/ClaimsIns/Claims/FindaDoc/)

De acuerdo a la ley WAC 296-20-1103:

- Solamente le podemos reembolsar si recibimos su solicitud de reembolso dentro de 12 meses a partir de la fecha en que viajó
- Es posible que no se le reembolsen los gastos de viaje sin la autorización anticipada de su gerente del reclamo.

**Cómo completar el formulario**

Información del trabajador lesionado: Complete como se indica. Asegúrese de escribir su dirección física **no su apartado postal**.

Información de viaje: Marque la casilla con el tipo de viaje. Use un formulario separado para cada tipo de viaje.

**Columnas:**

**Columna A:** Fecha del viaje. Escriba sólo una fecha por línea.

**Columna B:** Los códigos escritos abajo están listados de acuerdo al tipo de viaje, por ejemplo, si usted está cobrando por las millas de un vehículo privado para ir a una visita con un médico, escriba el código 0401A.

<b>Códigos: Si viaja para</b>	<b>Servicios médicos</b>	<b>Servicios vocacionales</b>	<b>Reentrenamiento</b>
Número de millas por vehículo privado	0401A	V0028	0301R
Estacionamiento**	0402A	0402A	0302R
Cuotas de puentes y transbordadores *	0403A	0403A	0303R
Transporte comercial *	0405A	0405A	0304R
Taxi*	0414A	0414A	Comuníquese con el consejero vocacional
Alojamiento*	0406A	0406A	Comuníquese con el consejero vocacional
Desayuno*	0407A	0407A	Comuníquese con el consejero vocacional
Almuerzo*	0408A	0408A	Comuníquese con el consejero vocacional
Cena*	0409A	0409A	Comuníquese con el consejero vocacional

\*Se requiere recibo, es posible que se apliquen otras restricciones.

\*\* Se requiere recibo de estacionamiento si es de \$10 o más

**Columna C:** Tiene que ser la ciudad donde usted vivía el día en que viajó.

**Columna D:** Nombre de la ciudad a donde viajó.

**Columna E:** Escriba el nombre de la persona que vió y la razón de su visita (por ejemplo: un examen, terapia física o vocacional)

**Columna F:** Escriba el número total de las millas que viajó de ida y vuelta.

**Columna G:** OPCIONAL<sup>1</sup> - Escriba el cobro total por la distancia en millas, multiplicando el número de millas de ida y vuelta viajadas por la tarifa del departamento en la fecha de viaje. La tarifa de millas puede encontrarse en el sitio de Internet GSA ([www.gsa.gov/mileage](http://www.gsa.gov/mileage)) o llame a la línea de asistencia a proveedores al 1-800-848-0811.

<sup>1</sup>El Departamento calculará el costo.

**Columna H:** Escriba la cantidad en dólares de cada gasto en una línea separada (comida, hospedaje, pasaje, estacionamiento).

**Debe incluir todos los recibos.** Se recomienda enviar fotocopias y guardar los originales.

**REQUISITOS PARA LAS FIRMAS**

Visitas médicas - la persona que lo vió debe firmar para verificar cada fecha de visita.

Servicios vocacionales y de reentrenamiento - su consejero vocacional debe firmar para verificar cada fecha en que viajó.

Firma del trabajador – Los gastos de viaje no se reembolsarán a menos que el formulario tenga la firma del trabajador.