



Washington State Department of  
**Labor & Industries**

## Notificación de representación legal

Claims Administration  
PO Box 44291  
Olympia WA 98504-4921

|                       |
|-----------------------|
| Número de reclamo     |
| Nombre del reclamante |

Este formulario es para notificar al Departamento de Labor e Industrias (L&I) que el representante legal indicado a continuación representará al reclamante en relación al/los reclamo(s) de seguro industrial indicado(s) arriba.

### Representación

|   |        |               |
|---|--------|---------------|
| Nombre del representante legal                  |        |               |
| Nombre de la firma                              |        |               |
| Dirección                                       |        |               |
| Ciudad  | Estado | Código postal |
| Número de teléfono incluyendo el código de área |        |               |
| Fecha de inicio de la representación legal      |        |               |

Con su firma abajo, los firmantes testifican que el representante legal representa al reclamante en relación al/los reclamo(s) de seguro industrial arriba indicados y están de acuerdo en que todas las comunicaciones escritas referentes a este asunto deben dirigirse al representante en inglés hasta recibir nuevo aviso.

|                      |       |
|----------------------|-------|
| Firma del reclamante | Fecha |
|----------------------|-------|

|                         |       |
|-------------------------|-------|
| Firma del representante | Fecha |
|-------------------------|-------|

**Envíe el formulario completo por correo a:**

Department of Labor and Industries  
Claims Administration  
PO Box 44291  
Olympia WA 98504-4291

**O por fax a cualquiera de los números siguientes:**

360-902-4565  
360-902-4566  
360-902-4567

**¿Preguntas?** Llame al 1-800-547-8367 o a su gerente de reclamo.