

**NOTIFICACIÓN DE DECISIÓN DE CIERRE PARA RECLAMOS DE TIEMPO PERDIDO PARA
EMPLEADORES AUTOASEGURADOS**

| | | | | |
|--------------------|--|--|----------------------------------|--|
| Reclamo (Claim) | Fecha de la lesión (Date of Injury) | Número de Identificación del Negocio (UBI Number) | Fecha de envío (Mailing Date) | Tipo (Type) Reclamo cerrado por el empleador (EC) |
|--------------------|--|--|----------------------------------|--|

Nombre del trabajador lesionado (Claimant's Name)

Médico (Physician's Name)

Esta notificación le informa que su reclamo se ha cerrado con los beneficios médicos y compensación por discapacidad temporal proporcionada hasta la fecha y con una indemnización por discapacidad parcial permanente si la hubiere, como se explica abajo y con la condición de que usted haya regresado al trabajo con el empleador autoasegurado. Si por cualquier razón usted no está de acuerdo con las condiciones o la duración de su regreso al trabajo o los beneficios médicos, la compensación otorgada por discapacidad temporal o la discapacidad parcial permanente que fue otorgada, debe protestar por escrito a Department of Labor and Industries, Self-Insurance Section, PO Box 44892, Olympia WA 98504-4892 dentro de sesenta días a partir de la fecha en que reciba esta notificación. Si usted no protesta esta orden ante el Departamento, esta orden será final.

Los beneficios de compensación por tiempo perdido en este reclamo han terminado como pagados hasta el

Este reclamo está cerrado efectivo el _____ sin indemnización adicional por tiempo perdido o discapacidad parcial permanente.

Nombre del empleador autoasegurado (Name Of Self-Insured Employer)

No tiene que pagar por servicios médicos o tratamientos realizados después de la fecha de cierre.

| |
|--|
| Por (By) |
| Para (Name of Self-Insured Employer/Third Party Administrator) |
| Dirección (Address) |
| Ciudad (City) |
| Teléfono (Phone) |

CC: Department of Labor and Industries
Self-Insurance Section
PO Box 44892
Olympia WA 98504-4892