

**NOTIFICACIÓN DE DECISIÓN DE CIERRE CON DISCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE 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) Discapacidad parcial permanente – tiempo perdido (PPD-TL)
--------------------	--	--	----------------------------------	---

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 y/o beneficios por reducción de ingresos en este reclamo han terminado como pagados hasta el _____

Este reclamo está cerrado efectivo el _____ con indemnización por discapacidad parcial permanente como sigue:

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