

**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 – Sin pago de tiempo perdido (PPD-NTL)
--------------------	--	--	----------------------------------	--

Trabajador lesionado (Claimant)

Médico (Physician)

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.

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