

Trabajadores

Tiene derecho a obtener servicios de un intérprete que lo ayude a comprender y completar este formulario en su idioma de preferencia. El servicio es gratuito. Si desea los servicios de un intérprete, infórmele a su empleador.

Llene el formulario hasta la Sección del empleador. Use un bolígrafo y presione fuerte. Dele el formulario lleno a su empleador cuando termine. La información que proporcione nos ayudará a determinar si usted es elegible para los beneficios.

1. **Describa la lesión o enfermedad con el mayor detalle posible.** Por ejemplo, si se lesionó el brazo por una caída en el trabajo, mencione *qué* brazo y *cómo* ocurrió la caída. Si la enfermedad se desarrolló con el tiempo, explíquenos qué la causó y a lo largo de cuánto tiempo se presentó el inconveniente.
2. **Proporcione *toda la información que solicitemos en el SIF-2 sobre su empleo, estado civil y dependientes.*** Esta información se utiliza para calcular sus beneficios.
3. **Antes de firmar, lea los avisos legales en la copia para el trabajador del formulario SIF-2.**

Siete cosas que debe hacer mientras procesamos su queja.

1. **Elija su propio proveedor de cuidado de la salud entre los profesionales de la red de proveedores médicos del L&I (Departamento de Labor e Industrias),** incluso si alguien más lo trató inmediatamente después de la lesión. Puede elegir entre los siguientes tipos de proveedores autorizados a tratar su lesión y coordinar su atención: médico clínico, osteópata, quiropráctico, naturópata o podólogo; enfermera registrada de práctica avanzada (advanced registered nurse practitioner, ARNP); dentista y optometrista. Podrá encontrar un directorio de proveedores en www.Lni.wa.gov/FindADoc. Si debe viajar, solicite un reembolso al administrador de reclamos. Los reembolsos por viaje se deben autorizar con anticipación.
2. **Para un procesamiento más rápido y menos papeleo, llene por completo el Informe inicial del proveedor (Provider Initial Report, PIR) con su proveedor.** Comuníquese con su proveedor de cuidado de la salud. Asegúrese de que su proveedor sepa que su lesión o su enfermedad ocupacional está relacionada con el trabajo y que trabaja para un empleador de autoseguro. Hable con su proveedor sobre trabajo liviano y sobre sus restricciones físicas. Su proveedor le enviará este informe a su empleador o a su representante.
3. **Hable con su empleador sobre la posibilidad de realizar trabajo liviano** si el médico lo aprueba, con restricciones laborales específicas. Muchos trabajadores lesionados pueden continuar trabajando con salario completo porque los empleadores pueden modificar sus tareas mientras dure la recuperación. Si no es el caso, su empleador puede complementar el salario reducido por estar en un puesto diferente. (Nota: El pago por tiempo perdido es **mucho** menor que el salario por trabajo).
4. **No pague facturas médicas ni recetas relacionadas con su lesión.** Si el farmacéutico requiere que pague, conserve el recibo y solicite un reembolso a su empleador o al representante de terceros, si su reclamo está autorizado.
5. **Tenga su número de queja a la mano** y póngalo en todos los documentos que envíe a su empleador o al representante de terceros.
6. **Escríbale al administrador de reclamos si usted se muda o cambia de proveedores de cuidado de la salud.** Los cambios deben informarse por escrito y estar firmados por usted. Recuerde escribir el número de reclamo. Envíele la información a su gerente de reclamos.
7. **Coopere con todas las solicitudes razonables** de su proveedor de cuidado de la salud, empleador y otras personas que estén autorizadas a ayudarle en su tratamiento y recuperación.