|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Department of Labor and IndustriesInsurance Services AdminPO Box 44291Olympia WA 98504-4291  | State Seal - Fax 300.tif | **Gastos del programa Permanezca en el Trabajo****Solicitud de reembolso para empleadores** (herramientas, vestimenta, capacitación) |

*Solicitar el reembolso de* ***salario*** *por separado*

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del negocio:      | Nombre del trabajador:      |
| N.º de cuenta de L&I (Labor e Industrias):      | N.º de reclamo de L&I:      |

**Enviar el reembolso a:**

|  |  |
| --- | --- |
| Dirección postal, línea 1      | ***Empleador:**** Verifique si es elegible para el reembolso.
* Infórmese sobre la documentación requerida.Vea la página 2.
 |
| Dirección postal, línea 2      |
| Ciudad      | Estado      | Código postal       |

|  |  |
| --- | --- |
| Descripción **del trabajo antes de la lesión** | Descripción **del trabajo liviano o transitorio** |
| Ejemplo: *trabajador de almacén: empacador*      | Ejemplo: *empleado de control de inventario*      |

**Información necesaria para calcular su reembolso de herramientas, vestimenta o capacitación:**

* Le haremos un reembolso si esta compra fue ***requerida*** para que este trabajador pudiera realizar el trabajo liviano o transitorio.
* Está permitido hacer el gasto antes del primer día de trabajo del empleado, aunque deberá hacerlo durante o después de la fecha en la que le ofreció el trabajo liviano o de transición.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha de compra | Descripción del artículo  | Cantidad del reembolso solicitado | *Para uso exclusivo de L&I* |
|       |       | $       |  |
|       |       | $       |  |
|       |       | $       |  |
|  **Total del reembolso que solicita**  | **$**       |  |

**Firme a continuación** para confirmar que esta información es verdadera y precisa.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |       |  |       |  |       |
| Firma |  | Fecha (mm/dd/aaaa) |  | Puesto y nombre en letra de imprenta |  | Número de teléfono |

|  |
| --- |
| Fecha en la que el empleador envió la descripción del trabajo al proveedor (mm/dd/aaaa)      |

**Enviar por FAX al: 360-902-6100** *(o por correo postal a la dirección mencionada anteriormente) (Consulte más instrucciones en la página 2)*

**Si tiene preguntas,** *llame sin costo**al* **1-866-406-2482, *o al* 360-902-4411.**

**La lista de los documentos adjuntos requeridos se encuentra en la página 2.**

**Reembolso por gastos: ¿qué cubre?**

**El programa *Permanezca en el Trabajo* de L&I *puede* pagar lo siguiente *si,*** debido a las necesidades especiales del trabajador lesionado, el empleador debe hacer una compra para que el trabajador pueda realizar el trabajo. Esto no se puede considerar un costo si el empleador contrata a otros trabajadores para hacer el mismo trabajo.

|  |  |
| --- | --- |
| **Capacitación** *Ejemplo: matrícula, libros o suministros* | Hasta **$1000** por reclamo |
| **Herramientas o equipo***Ejemplo: llave especial o bandeja para teclado* | Hasta **$2500** por reclamo |
| **Ropa***Ejemplo: botas con punta de acero* | Hasta **$400** por reclamo |

 **Para ser elegible para este programa, el empleador debe:**

* Estar pagando las primas de compensación para los trabajadores de L&I. ***(El programa no se encuentra disponible para los empleadores autoasegurados).***
* Ser el empleador al momento en que se produce la lesión en el reclamo, O, por un reclamo relacionado con una enfermedad ocupacional:
	+ ser un empleador cuya evaluación de la experiencia se vea afectada por el reclamo debido a que alguna vez contrató al trabajador, o
	+ ser el último empleador en contratar al trabajador cuando se presentó el reclamo (incluso si el reclamo no afectará su evaluación de la experiencia).
* Brindar al proveedor de cuidado de la salud del trabajador una descripción del trabajo liviano o transitorio disponible en la que se indiquen los requisitos físicos necesarios para el trabajo, antes de que este inicie.
* Contar con la aprobación por escrito del proveedor de cuidado de la salud del trabajador para el trabajo liviano o transitorio.
* Seguir brindando todos los beneficios de cuidado de la salud que tenía el trabajador, a menos que esos beneficios no concuerden con el programa de beneficios actual del empleador para los trabajadores.
* Presentar la solicitud *en el plazo de un año* a partir de que se hicieron los gastos elegibles.

**Los tres documentos que se deben adjuntar a este formulario:** *(No es necesario que adjunte las copias que ya están en el archivo del reclamo. Puede consultar el archivo del reclamo en* [*www.secure.lni.wa.gov/home*](http://www.secure.lni.wa.gov/home)).

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

***Importante:*** *Anote el número de reclamo de L&I en todas las páginas adjuntas****.***

**1. Recibos fechados y detallados de los productos o servicios que compró.**

**2. La descripción del proveedor de las restricciones físicas** que le impiden al trabajador hacer su trabajo habitual, *como el Formulario de Restricciones Laborales (Activity Prescription Form, APF)\* o una copia de la hoja clínica*.

*\*Formulario de Restricciones Laborales*

**3. La descripción de su trabajo liviano o transitorio junto con la aprobación por escrito del proveedor de cuidado de la salud**.

Puede usar:

* Formulario de descripción del trabajo estándar (F252‑040‑000): [www.lni.wa.gov/FormPub/Detail.asp?DocID=1684](http://www.lni.wa.gov/FormPub/Detail.asp?DocID=1684)

*o bien,*

* la descripción del trabajo de retorno al trabajo que usa su empresa actualmente con L&I.

**Instrucciones para enviar esta solicitud a L&I:**

* **Imprima su formulario completo.**
* **Fírmelo.**
* **Reúna los documentos requeridos.**

 (*Anote el n.º de reclamo en cada página).*

* **Envíe el formulario y el resto de los documentos por FAX al:**
 **360-902-6100**

  *(o envíelos por correo postal a la dirección que aparece en la página 1).*

**¿Tiene preguntas? Podemos ayudar:**

**Llame al: 1-866-406-2482***, sin costo*

*o al* **360-902-4411**

**O visite:**  **StayAtWork.Lni.wa.gov**

Leyes y reglas del reembolso del programa Permanezca en el Trabajo: [Código Revisado de Washington (Revised Code of Washington, RCW) 51.32.090](http://app.leg.wa.gov/rcw/default.aspx?cite=51.32.090) y [Código Administrativo de Washington (Washington Administrative Code, WAC) 296-16A](http://app.leg.wa.gov/wac/default.aspx?cite=296-19A)