

Envíe los formularios completos a:
 Department of Labor and Industries
 P.O. Box 44269
 Olympia, WA 98504-4269



Solicitud para el reembolso de gastos de viaje

- **Usted debe obtener autorización previa de su gerente de reclamo. Vea el Código Administrativo de Washington (WAC, por su sigla en inglés) 296-20-1103.**
- **Lea las instrucciones en la parte de atrás antes de comenzar.**
- **¿Tiene que viajar para un Examen Médico Independiente? Busque el formulario de solicitud para el reembolso de gastos de viaje (F245-224-999) en línea en www.Lni.wa.gov/Spanish y haga clic en Obtenga un formulario o publicación.**

Información del trabajador (Por favor escriba en letra imprenta)

Nombre (Apellido, Primer nombre, Inicial del segundo nombre)			Nro. del reclamo
Dirección residencial (no un apartado postal)			Fecha de la lesión
# de apartamento		Nro. de Seguro Social (sólo para identificación)	
Ciudad	Estado	Código Postal	Nro. de teléfono

Razón del viaje: (marque uno)

- Visita médica o tratamiento
- Servicios vocacionales
- Asistir a una clase de capacitación (adjunte una copia del formulario de costos de transporte "Transportation Encumbrance form" (en inglés solamente) firmada por el consejero vocacional).

Información del viaje – Puede ver las instrucciones y un ejemplo en la parte de atrás.

A. Fecha (de cada viaje) mes/día/año	B. Código de viaje (uno por línea – vea el reverso del formulario)	C. Desde (ciudad)	D. Hasta (ciudad)	E. Nombre del proveedor y razón de la visita	F. Nro. de millas (viaje de ida y vuelta)	G. Gastos (uno por línea)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						

Requerida: Firma del proveedor o del personal de oficina para verificar su cita.

1.	Fecha	5.	Fecha
2.	Fecha	6.	Fecha
3.	Fecha	7.	Fecha
4.	Fecha		

Requerida: Firma del trabajador

Estos gastos están relacionados con mi reclamo de compensación al trabajador y no he sido reembolsado por ellos. Entiendo que es un crimen someter información que sé es falsa. He leído y entiendo las instrucciones al reverso de este formulario.

Fecha	Nombre del trabajador en letra imprenta	Firma del trabajador
-------	---	----------------------

Instrucciones: complete cada columna.

- **Columna A:** Fecha del viaje (escriba una fecha por línea).
- **Columna B:** Use solamente un código por línea. Los códigos están listados abajo.
- **Columna C:** Ciudad de donde está viajando.
- **Columna D:** Ciudad a la que viajó.
- **Columna E:** Proveedor que visitó y la razón del viaje.
- **Columna F:** Número total de millas que viajó de ida y vuelta.
- **Columna G:** Escriba la cantidad en dólares de cada gasto (comida, alojamiento, pasaje, estacionamiento). Solo un gasto por línea. Los gastos de estacionamiento menores de \$10 no necesitan recibo. Usted debe adjuntar copias de todos los recibos. Todos los recibos deben ser detallados y legibles. No se aceptan comprobantes de tarjetas de crédito.

Códigos de viaje

Gastos	Servicios médicos	Servicios vocacionales	Capacitación
Millas del vehículo privado	0401A	V0028	0301R
Estacionamiento	0402A	0402A	0302R
Cuotas de puentes y transbordadores	0403A	0403A	0303R
Transporte comercial	0405A	0405A	0304R
Taxi	0414A	0414A	Comuníquese con su consejero vocacional
Alojamiento	0406A	0406A	Comuníquese con su consejero vocacional
Desayuno	0407A	0407A	Comuníquese con su consejero vocacional
Almuerzo	0408A	0408A	Comuníquese con su consejero vocacional
Cena	0409A	0409A	Comuníquese con su consejero vocacional

Firmas

Visitas médicas: El proveedor o el personal de oficina que visitó debe firmar para verificar cada fecha de visita.

Servicios vocacionales y de capacitación: Su Consejero vocacional debe firmar para verificar cada fecha de viaje.

Firma del trabajador: Usted necesita firmar el formulario para reembolso.

Ejemplo

	A. Fecha (cada viaje) mes/día/año	B. Código de viaje (uno por línea)	C. Desde (ciudad)	D. Hasta (ciudad)	E. Nombre del proveedor y razón de la visita	F. No. de millas (ida y vuelta)	G. Gastos (uno por línea)
1.	03/05/2009	0401A	Olympia	Seattle	Dr. Smith; visita postoperatoria	120	
2.	03/05/2009	0402A					\$15.00

¿Necesita más ayuda o más información?

Vaya a <http://www.Lni.wa.gov/Spanish> y haga clic en, Para trabajadores o llame al 1-800-547-8367.

O vea el WAC 296-20-1103.

¿Necesita más formularios? Vaya a www.Lni.wa.gov/Spanish y haga clic en Obtenga un formulario o publicación.