

Envíe por correo este formulario de  
solicitud completo a:  
Department of Labor & Industries  
Claims Section  
PO Box 44291  
Olympia WA 98504-4291



## MODIFICACIÓN EN EL TRABAJO SOLICITUD DE ASISTENCIA

<b>Un vendedor por formulario de solicitud</b>	Fecha de la lesión	Número de reclamación
Nombre del trabajador lesionado	Diagnóstico aceptado	
Asesor vocacional/asesor de modificaciones en el trabajo	Número de proveedor	
Nombre de la firma	Número de teléfono	
Dirección	Número de fax	
Ciudad	Estado	C.P.+4

Nombre del puesto del trabajador	
Nombre del empleador	Número de teléfono

<b>RESTRICCIONES</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN EN EL TRABAJO</b>

<b>DESGLOSE DE LOS COSTOS:</b>  Equipo _____ Herramientas _____ Otros _____ Ensamblaje, instalación y entrega _____ Impuesto _____ Total \$ _____ Parte de los costos del empleador _____ Parte de los costos estatal o autoasegurada _____	<b>DOCUMENTACIÓN REQUERIDA</b>  <input type="checkbox"/> Narrativa de la modificación en el trabajo o informe de asesoramiento  Y <input type="checkbox"/> Acuerdo de propiedad  Y <input type="checkbox"/> Ofertas (2 ofertas si hay un artículo de más de \$2,500)	Número de proveedor del Departamento de Labor e Industrias (L&I) requerido para el pago.  Si el vendedor del equipo no tiene un número de proveedor del Departamento de L&I, llame a Cuentas de proveedores al (360) 902-5140  Para el pago, envíe la factura en el formulario rosado "Declaración para servicios de modificación en el trabajo y reentrenamiento" (F245- 030-000). Adjunte una copia de la solicitud aprobada.
	Nombre del vendedor	
	Dirección	
	Ciudad	Estado    C.P.+4
	Número de proveedor	Número de teléfono

Fecha	Firma del asesor o asesor vocacional	Firma del empleador (si contribuyó con los costos)
-------	--------------------------------------	--

Únicamente para uso del Dpto.	<input type="checkbox"/> Aprobar	<input type="checkbox"/> Código de autorización (0380R) <u>ingresado en AUTH</u>	<input type="checkbox"/> Monto de la autorización <u>ingresado en CLOG</u>	<input type="checkbox"/> Desaprobar
Fecha	Autoridad de la firma			

# Acuerdo de propiedad para herramientas y equipos Adquiridos como modificación en el trabajo

Trabajador: \_\_\_\_\_

N.º de reclamación: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Se brinda esta modificación para adaptar mis restricciones laborales a fin de que pueda realizar las tareas de mi empleo y regresar al trabajo.

Mi empleador y yo acordamos quién será el propietario del equipo y lo establecemos más adelante. (Por lo general, se nombra a un empleador como propietario de los artículos portátiles).

La parte designada será propietaria de estos artículos cuando logre regresar al trabajo. Todo aquel equipo que pertenezca al empleador deberá seguir estando disponible para mí durante mi turno.

### **Responsabilidad de mantenimiento:**

El propietario identificado es responsable de la custodia, el mantenimiento adecuado y la reparación del equipo (antes de la fecha de vencimiento de la garantía del fabricante, según corresponda).

### **Política de devolución:**

Devolveré al Departamento de L&I todo artículo que no utilice o en el caso de que no pueda regresar al trabajo. Me comunicaré con el Departamento de L&I y coordinaré para devolver el equipo al centro de servicio más cercano.

Si el empleador pagó por los costos de la modificación o si el equipo está fijo en el lugar de trabajo, el empleador puede conservar el equipo, independientemente del resultado de la modificación o de la reincorporación al trabajo.

Entiendo el acuerdo antes mencionado y estoy dispuesto a cumplir con los términos.

\_\_\_\_\_  
Firma del trabajador

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del empleador

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **Inventario**

Equipo/N.º modelo	Propietario (al completar con éxito el formulario)

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD PARA AYUDA EN LA MODIFICACIÓN EN EL TRABAJO (F245-346-000)

NOTA: ENVÍE UNA SOLICITUD SEPARADA PARA CADA VENDEDOR.

- 1) **FECHA DE LA LESIÓN:** registre la fecha de la lesión
- 2) **NÚMERO DE RECLAMACIÓN:** para el trabajador lesionado en cuyo nombre se presenta la solicitud.
- 3) **NOMBRE DEL TRABAJADOR LESIONADO:** nombre completo del trabajador lesionado.
- 4) **DIAGNÓSTICO ACEPTADO:** registre las enfermedades laborales aceptadas.
- 5) **ASESOR VOCACIONAL/ASESOR DE MODIFICACIONES EN EL TRABAJO:** registre el nombre de la persona que envía la solicitud (debe ser un asesor vocacional, un asesor de la modificación en el trabajo o un empleador que esté capacitado para completar solicitudes). No la puede presentar el trabajador.
  - a) **NOMBRE DE LA FIRMA:** registre la firma que el asesor vocacional/asesor de modificación en el trabajo representa.
  - b) **N.º DE PROVEEDOR:** registre el número de proveedor del asesor vocacional/asesor de modificaciones en el trabajo.
  - c) **DIRECCIÓN:** registre la dirección, el teléfono y el número de fax del asesor vocacional/asesor de modificaciones en el trabajo.
- 6) **NOMBRE DEL PUESTO:** registre el nombre del puesto actual o previsto para el cual se envía la solicitud.
- 7) **NOMBRE DEL EMPLEADOR:** registre el nombre y el número de teléfono del empleador para el puesto de trabajo mencionado.
- 8) **DESCRIPCIÓN DE LAS RESTRICCIONES LABORALES:** enumere las restricciones o limitaciones en las capacidades físicas que se relacionan con la modificación solicitada.
- 9) **DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN EN EL TRABAJO:** mencione brevemente el equipo que solicita y la razón por la cual lo hace.
- 10) **DESGLOSE DE LOS COSTOS:**
  - a) **EQUIPO:** registre el costo del equipo que solicita.
  - b) **HERRAMIENTAS:** registre el costo de las herramientas que solicita.
  - c) **OTROS:** registre el costo de los artículos que no forman parte del equipo ni de las herramientas, como por ejemplo el tiempo de capacitación.
  - d) **ENSAMBLAJE:** registre el costo de ensamblaje, instalación y entrega.
  - e) **TOTAL:** registre el costo total de las modificaciones solicitadas para este vendedor.
  - f) **PARTE DEL EMPLEADOR:** registre el monto que el empleador pagará al vendedor.
  - g) **PARTE ESTATAL (E) O AUTOASEGURADA (AA):** registre el monto de la parte E o AA que hay que pagar.
- 11) **DOCUMENTACIÓN REQUERIDA**
  - a) **INFORME:** si se ha presentado el informe anteriormente, indique que está “en los archivos”.
  - b) **OFERTAS:** envíe dos ofertas para cualquier artículo que supere los \$2,500.00. El precio incluye impuestos y cargos por envío, entrega y capacitación. Si un solo vendedor tiene disponible el artículo, especifique que se trata de un artículo de una sola fuente.
  - c) **ACUERDO DE PROPIEDAD:** envíe el formulario F245-346-000 completo, página 2.
- 12) **VENDEDOR:** ingrese el nombre, la dirección, el teléfono y el número de proveedor del vendedor. Los vendedores deben tener un número de proveedor para recibir el reembolso.