



Department of Labor and Industries  
Settlement Unit  
PO Box 44251  
Olympia WA 98504-4251  
Número de teléfono: 360-902-6101

***El trabajador lesionado debe tener por lo menos 50 años de edad o más, debieron haber transcurrido por lo menos ciento ochenta (180) días desde que el Departamento de Labor e Industrias recibió el reclamo y la orden autorizando el reclamo debe ser final y obligatoria.***

Por favor complete este formulario y envíelo a la dirección indicada arriba o por fax al 360-902-5285.

## Información del trabajador lesionado:

Nombre del trabajador lesionado <i>(si es diferente al solicitante)</i>
Representante legal del trabajador lesionado <i>(si se aplica)</i>

## Información del empleador:

Nombre del empleador <i>(si es diferente al solicitante)</i>
Representante legal del empleador <i>(si se aplica)</i>
Administrador de terceros <i>(si se aplica)</i>

## Información del solicitante:

Trabajador lesionado       Empleador       Representante del empleador

Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Número de reclamo del trabajador lesionado	

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma