



**Envíe el formulario completo por correo a:**

PO Box 44269  
Olympia WA 98504-4269

Para facturar la opción 2 de la capacitación, utilice el formulario [Declaración de capacitación de la opción 2](#) (F245-446-000).

**Información del trabajador – Obligatorio (en letra de molde)**

			N.º de reclamo:
Nombre (apellido, nombre, inicial intermedia)			Fecha de la lesión
Domicilio	Depto.		N.º de Seguro Social (Solo como identificación)
Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono

**Información del proveedor (en letra de molde)**

			Número de proveedor de L&I
Nombre del proveedor			Identificador tributario federal
Dirección			Número de teléfono
Ciudad			Estado      Código postal

**Información del asesor de Rehabilitación Vocacional**

		Derivación ID
Nombre del asesor de Rehabilitación Vocacional		VRC ID (Número de proveedor de L&I)

**Información de facturación** (ver las instrucciones al reverso)

	De la fecha de servicio	A la fecha de servicio	POS	TOS	Facturación/ Códigos de procedimiento	Descripción de los servicios o suministros	Unidades	Cargos
1			99	V				
2			99	V				
3			99	V				
4			99	V				
5			99	V				
6			99	V				
7			99	V				
8			99	V				
9			99	V				
10			99	V				

**Firma** (solo se requiere una firma. Firme debajo de la sección que corresponda).

Cargo total
\$

¿Esta factura es para reembolsar al trabajador?  
 Sí — Incluya copias de los recibos y firme abajo.

Estos gastos se relacionan con mi reclamo del seguro de compensación para trabajadores y no me han sido reembolsados. Entiendo que es un delito presentar información a sabiendas de que es falsa.

¿Esta factura es para pagar al proveedor?  
 Sí — Firme abajo.

Certifico que la información en la factura es verdadera y correcta. No se me ha reembolsado ninguna parte de esta factura.

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

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor

\_\_\_\_\_  
Date

## Instrucciones para completar la Declaración de servicios de reentrenamiento y modificación laboral

Para facturar la opción 2 de la capacitación, utilice el formulario [Declaración de capacitación de la opción 2](#) (F245-446-000).

### Información del trabajador

Número de reclamo	Escriba el número de reclamo de L&I del trabajador.
Nombre	Escriba el nombre legal del trabajador en el siguiente formato: apellido, nombre, inicial del segundo nombre.
Fecha de la lesión	Escriba la fecha de la lesión.
Domicilio	Escriba el domicilio físico más reciente del trabajador.
Número del Seguro Social	Escriba el número de Seguro Social del trabajador. Se usa para verificar el número de reclamo.
Número de teléfono	Escriba el número de teléfono al que puede llamar la agencia en caso de tener alguna pregunta sobre esta factura.

### Información del proveedor

Número de proveedor de L&I	Escriba el número de proveedor de L&I del proveedor.
Nombre del proveedor	Escriba el nombre con el que el proveedor está registrado en el departamento.
Dirección del proveedor	Escriba la dirección del proveedor.
Identificador tributario federal	Escriba el identificador tributario federal (EIN) del proveedor que factura. Debe coincidir con el EIN que la agencia tiene registrado.
Número de teléfono	Escriba el número de teléfono al que puede llamar la agencia en caso de tener alguna pregunta sobre esta factura.

### Información del asesor de Rehabilitación Vocacional

Derivación ID	Escriba la dirección del proveedor.
Nombre del asesor de Rehabilitación Vocacional	Escriba el nombre con el que el proveedor está registrado en el departamento.
VCR ID	Escriba el VCR ID. Este es el número de proveedor de L&I para el VRC.

### Información de la factura — Use una línea para cada servicio prestado. Conteste todos los espacios correspondientes.

De la fecha de servicio	Escriba la fecha inicial del servicio.
A la fecha de servicio	Escriba la fecha final del servicio.
Facturación/Código de Procedimiento	Escriba el código apropiado de la lista siguiente. Solo un código por renglón.
Descripción	Escriba una descripción breve de los servicios prestados.
Unidades	Escriba la cantidad total de unidades que está facturando.
Cargos	Escriba el cargo por cada servicio prestado.
Cargo total	Escriba el total de todos los cargos de la factura.

### Facturación/Códigos de Procedimiento

Códigos de Modificación de Empleo/Alojamiento Previas al Empleo	Códigos de Alojamiento y Reentrenamiento:	Códigos de Reentrenamiento:	Códigos de Reentrenamiento de Transporte:
0380R — Equipo de Modificación de Empleo 0385R — Equipo de alojamiento previo al empleo 0389R — Modificación de Empleo/Consulta de Alojamiento previa al trabajo 0391R — Viaje/Espera 0392R — Kilometraje 0393R — Ferry	R0360 — Pensión (alimentos) y servicios básicos R0370 — Alquiler 0375R — Tarifa única de relocación (por reclamación)	R0310 — Matrícula y cargos (capacitación, exámenes, licencias) R0312 — Libros, equipos, suministros, otros R0390 — Servicios de cuidado de niños	0302R — Estacionamiento 0303R — Peaje de cruce de puente y ferry 0304R — Transporte comercial

### FIRMA — Solo se requiere una firma

Firma del trabajador	Si la factura es para reembolsar al trabajador, este debe firmar y fechar el formulario. Adjunte copias de los recibos. Todos los recibos deben estar desglosados y ser legibles.
----------------------	---

Firma del proveedor

Si la factura es para reembolsar al proveedor, este debe firmar y fechar el formulario.