

Claims  
PO Box 44291  
Olympia WA 98504-4291

Complete el formulario y envíelo al Departamento de Labor e Industrias (Department of Labor and Industries)  
Por fax: 360-902-4567

o

Por correo a:  
Department of Labor and Industries  
Claims Section  
PO Box 44292  
Olympia WA 98504-4291

Número de reclamo: \_\_\_\_\_

Solicito la transferencia de mi caso \_\_\_\_\_  
Fecha (cambio de proveedores de cuidado de la salud)

Nombre del proveedor actual	N° de identificación del proveedor/identificador de proveedor nacional (NPI)
-----------------------------	--

Nombre del nuevo proveedor	N° de identificación del proveedor/NPI
----------------------------	--

Dirección del nuevo proveedor			
Calle	Ciudad	Estado	Código postal

Motivo de la transferencia:

Nombre del trabajador	Fecha de hoy		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Firma del trabajador
----------------------