|  |  |
| --- | --- |
| http://inside.lni.wa.gov/Director/resources/GraphicIdentity/BlackPrint.png  Envíe el formulario contestado por fax al:  360-902-4567  ***O*** envíe el formulario contestado por correo a: PO Box 44291  Olympia WA 98504-4291 | **Solicitud para ayuda con**  **modificación laboral** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del trabajador | Puesto | Número(s) de reclamo |

Presente esta solicitud si se satisfacen ***todos*** los siguientes criterios:

* El reclamo del trabajador está abierto, o estaba abierto al momento de la modificación.
* El equipo es una adaptación a las restricciones impuestas por las afecciones aceptadas en los reclamos.
* Existe una relación de trabajador-empleador.
* La solicitud no excede el beneficio máximo de $5,000, a menos que haya múltiples trabajos o lugares de trabajo.
* Se pagaron beneficios por tiempo perdido (o pérdida de ganancias) o el sueldo completo mientras el trabajador no estuvo trabajando.
* Los artículos solicitados no van más allá de la necesidad, ni son solamente para conveniencia.

**Documentos adjuntos requeridos:**

1. Informe de consulta y/o informe narrativo de 1 página.
2. Cotización del proveedor (incluir una 2.a cotización si un solo artículo, incluyendo impuestos, envío y entrega, cuesta más de $2,500).
3. *Acuerdo de propiedad de la modificación laboral* firmado (2.a página de este formulario).

|  |  |
| --- | --- |
| Describa las restricciones laborales relacionadas con el reclamo y con esta solicitud. |  |
| Describa el equipo, capacitación y herramientas que solicita. |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Desglose de costos** | |  | **Información del proveedor (uno por solicitud)** | | | |
| Equipamiento/herramientas/otros: | $0.00 |  | Nombre del proveedor | | Número de proveedor de L&I | |
| Ensamblaje, instalación y entrega: | $0.00 |  | Dirección | | Número de teléfono | |
| Impuestos: | $0.00 |  | Ciudad | Estado | | Código postal |
| **Total:** | $0.00 |  | Se requiere un número de proveedor de L&I para el pago. Llame a Acreditación de Proveedores al 360-902-5140 para obtener más información.  Entregue su factura con la [Declaración de servicios de capacitación y modificación laboral (F245-030-999)](https://www.lni.wa.gov/forms-publications/f245-030-999.pdf)*.* Use el código de procedimiento **0380R.** Incluya su factura y una copia de este formulario de solicitud aprobado.  Los empleadores autoasegurados deben consultar el sitio de internet de L&I para ver el proceso de facturación. | | | |
| Costo para el empleador | $0.00 |  |
| Costo para el Fondo Estatal o de autoseguro | $0.00 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Solicitado por | | | | Nombre de la compañía | |
| Número de teléfono Extensión | | | | Número de fax | |
| Fecha | | | | Firma del solicitante | |
| Firma del empleador (si contribuye al costo) | | | | | |
| **L&I Use Only (Uso exclusivo de L&I)** | Approved | | Approved with modification: | | Disapproved |
| Total Amount Approved  $ | | Date | | Signature Authority | |

**Acuerdo de propiedad de la modificación laboral**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del trabajador | Número(s) de reclamo |
| Empleador | |

Esta modificación se provee como una adaptación a mis restricciones laborales, para que pueda desempeñar mis labores y regresar al trabajo.

Mi empleador y yo deberemos acordar quién será el propietario del equipo y anotarlo más adelante. Usualmente el trabajador se consideraría el propietario de los artículos portátiles.

La parte designada poseerá estos artículos cuando yo regrese con éxito al trabajo. Todo el equipo que sea propiedad del empleador debe estar a mi disposición durante mi turno.

El propietario identificado hará todo lo posible por mantener estos artículos seguros y sin daños.

Si el empleador pagó alguna parte del costo de la modificación o el equipo está fijo en el lugar de trabajo, el empleador puede conservar el equipo, sin importar el resultado de la modificación o el regreso al trabajo.

**Política de devolución para trabajadores cubiertos por el Fondo Estatal**

Devolveré todos los artículos que no use para mi objetivo de regresar al trabajo, o si no puedo regresar al trabajo. Me comunicaré con L&I y haré arreglos para devolver el equipo al centro de servicio de L&I más cercano.

Entiendo el acuerdo anterior y estoy dispuesto a cumplir con sus términos.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma del trabajador |  | Fecha |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma del empleador\* |  | Fecha |

\*La firma es obligatoria si el trabajo es con el empleador donde sufrió la lesión, sin importar quién aparece como propietario.

**Inventario:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Artículo** | **Propietario (tras el regreso exitoso al trabajo)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |