|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Department of Labor and IndustriesClaimsPO Box 44291Olympia WA 98504-4291Envíe directamente a su archivo de reclamo la solicitud completa por fax al 360-902-4567. | **state seal** | **Solicitud para adaptaciones previas al trabajo** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Worker Name      | Job Goal      | Número(s) de reclamo(s)      |

Envíe esta solicitud si se cumplen ***todos*** los criterios siguientes::

* Usted tiene un reclamo de los fondos estatales.
* Su reclamo está abierto o es una pensión establecida por ley.
* El equipo se adapta a las restricciones impuestas por la(s) afección(es) aceptada(s) en su reclamo.
* El proveedor principal (AP) ha verificado que el/los artículo(s) solicitado(s) es/son médicamente necesario(s) para la(s) afección(es) aceptada(s).
* No existe ninguna relación entre el empleado y el empleador.
* La solicitud no excede el beneficio máximo de $5,000 (combinado con aprobaciones previas o el beneficio para modificación en el trabajo).
* Los artículos solicitados no están más allá de lo necesario o son para su conveniencia.You have a state fund claim.
 **y**
* Los artículos son necesarios para: (marque la opción que se aplique)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  **Plan de capacitación**  | **U** | [ ]  **Objetivo laboral**  |
| * Participar en un plan de capacitación, **y**
* El lugar de capacitación no puede brindar las adaptaciones solicitadas.
 |  | * Desempeñar funciones esenciales en un trabajo de acuerdo con la recomendación de una evaluación vocacional o un plan (casi) terminado  **y**
* El mercado laboral resulta positivo con modificaciones y al presente no proporciona el/los artículo(s) solicitado(s).
 |

**Documentos requeridos que necesitan adjuntarse:**

1. Declaración del proveedor principal (AP) sobre la necesidad médica para cada artículo solicitado.
2. Informe de la consulta y/o informe narrativo de 1 página.
3. Oferta del vendedor (incluir una segunda oferta si un artículo individual incluyendo impuestos, embarque y entregas supera los $2,500).
4. *Acuerdo de propiedad de las adaptaciones previas al trabajo* firmado (3ra. página de este formulario).

|  |
| --- |
| **Indique el equipo específico, la capacitación y las herramientas solicitadas:**      |
| **Itemization of Costs:** |  | **Información del vendedor (uno por solicitud)** |
| Equipo/herramientas/otros: | $0.00 |  | Nombre del vendedor      | Número de proveedor de L&I      |
| Ensamblaje, instalación y entrega: | $0.00 |  | Dirección      | Número de teléfono      |
| Impuesto: | $0.00 |  | Ciudad      | Estado      | Código postal      |
| **Total:** | $0.00 |  | Se necesita un Número de proveedor de L&I para el pago. Comuníquese con Provider Credentialing (Acreditación de proveedores) al (360) 902-5140 para mayor información. Envíe su factura en el formulario de Declaración de servicios de capacitación y modificación de trabajo *(* F245-030-999). Utilice el código de procedimiento **0385R.**Incluya su factura y una copia de este formulario de solicitud aprobado. |

|  |  |
| --- | --- |
| Solicitado por      | Nombre de la empresa      |
| Número de proveedor de L&I (si está presente)      | Número de teléfono      | Número de fax      |
| Fecha      | Firma del solicitante |
| **L&I Use Only** | [ ]  Approved | [ ]  Approved with Modifications:       | [ ]  Disapproved |
| Total Amount Approved      | Date      | Signature Authority      |

**Acuerdo de propiedad para la adaptación previa al trabajo**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del trabajador:      | Números de reclamo:      |
| Objetivo laboral para regresar al trabajo:      |

**Objetivo requerido para regresar al trabajo (RTW)**

* Esta adaptación se relaciona con los requisitos que estableció mi proveedor de atención médica para que esté autorizado a regresar al trabajo.
* Seré propietario de estos artículos hasta que esté autorizado a regresar al trabajo, según lo determina L&I (Labor e Industrias).

**Requerimiento para participar en un plan de nueva capacitación**

|  |  |
| --- | --- |
| Fechas del plan: |       |

* Esta adaptación se relaciona con los requisitos que estableció mi proveedor de atención médica para que pueda participar en mi plan de nueva capacitación.
* Estos artículos seguirán siendo propiedad de L&I durante mi plan de nueva capacitación.
* El permiso para utilizar estos artículos se basa en la participación cooperativa en mi plan de nueva capacitación y puede ser revocado en cualquier momento mientras L&I siga siendo el propietario.
* Haré todo lo que esté a mi alcance para conservar estos artículos seguros y libres de daños.
* Seré propietario de estos artículos hasta que logre terminar el plan de nueva capacitación, según lo determina L&I.

**Política de devolución**

* Si no utilizo estos artículos en mi objetivo para regresar al trabajo (Return-to-Work, RTW), si mi plan de nueva capacitación falla, si selecciono la Opción 2 o si mi asesor o L&I me informan que este equipo debe ser devuelto por cualquier motivo, lo devolveré de inmediato.
* Me comunicaré con L&I y haré los arreglos para devolver el equipo al centro de servicio de L&I más cercano.

Entiendo el acuerdo, según se muestra más arriba, y estoy dispuesto a cumplir con los términos.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |       |
| Firma del testigo |  | Fecha |

**Inventario:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Artículo** | **Marca/fabricante** |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |