

Envíe los formularios contestados por correo o fax a:

PO Box 44291

Olympia WA 98504-4291

O por fax al: 360-902-4567

Nombre del trabajador	Puesto del empleo en el que se lesionó	Número de reclamo
-----------------------	--	-------------------

A. Solicitud de estatus de trabajador preferido para un trabajador lesionado

Los consejeros de rehabilitación vocacional (VRC, por sus siglas en inglés) generalmente contestan esta sección. Si necesita ayuda, consulte a su VRC o llame al Programa del Trabajador Preferido al teléfono 1-800-845-2634.

Requisitos que debe cumplir el trabajador lesionado para recibir el estatus de trabajador preferido.
(Solo trabajadores en el Fondo Estatal)

1. El proveedor de cuidado de la salud del trabajador ha restringido permanentemente el regreso del trabajador al empleo que desempeñaba en el momento de la lesión.

Adjunte **uno** de los siguientes documentos obligatorios:

- Un [análisis de empleo](#) relleno y firmado (formulario F252-072-000 de L&I) o una [descripción del empleo del empleador](#) (formulario F252-040-000 de L&I) del trabajo en el que ocurrió la lesión, donde se indique la desaprobación **permanente** del proveedor de cuidado de la salud del trabajador.
- Información médica en el expediente del reclamo que indique claramente que el trabajador está restringido **permanentemente** de realizar el trabajo en el que se lesionó y que especifique las funciones que el trabajador no puede desempeñar.

2. Las restricciones laborales ordenadas por el proveedor de cuidado de la salud están sustentadas en las determinaciones médicas relacionadas con la afección aceptada.

Adjunte este documento obligatorio:

- Notas clínicas o examen médico independiente (IME, por sus siglas en inglés) que contengan las determinaciones médicas relacionadas con la afección médica aceptada en el reclamo (no es necesario entregar grandes volúmenes de información).

3. No se prevé una mayor recuperación, debido a la pérdida permanente de funciones físicas o mentales del trabajador debido a la afección aceptada.

Adjunte este documento obligatorio:

- Notas clínicas, formulario de restricciones laborales (APF, por sus siglas en inglés) o IME que indique que el trabajador ha:
 - Concluido su tratamiento
○
 - Alcanzado su mejoría médica máxima.

Presentado por

Nombre en letra de molde de la persona que entrega el paquete

Si no es el trabajador, escriba con letra de molde el puesto y el nombre de la empresa o firma

Número de proveedor del VRC (si corresponde)

Número de teléfono

Número de identificación del VRC (si corresponde)

Número de proveedor de la firma del VRC (si corresponde)

Firma de la persona que entrega (obligatoria)

Fecha (obligatoria)

Nombre del trabajador	Número de reclamo
-----------------------	-------------------

B. Solicitud de aprobación del empleo del trabajador preferido

El empleador contratante debe contestar esta sección. ¿Necesita ayuda? Llame al Programa del Trabajador Preferido al teléfono 1-800-845-2634.

Nombre de la empresa del empleador contratante	Número de cuenta de L&I
Dirección postal del empleador	
Ciudad	Estado Código postal
Número de teléfono	Número de fax
Nuevo puesto del trabajador	Fecha de contratación / Fecha de inicio

- ¿Este trabajador actualmente tiene estatus de trabajador preferido?
 Sí No (Si contestó que no, solicítelo en la parte A de este formulario)
- En el caso de lesiones ocurridas antes del 1 de enero de 2025, ¿el proveedor de cuidado de la salud del trabajador aprobó el empleo?
 Sí No No aplicable. La fecha de la lesión es el 1 de enero de 2025 o después.
- ¿Usted (el empleador) está al corriente en sus obligaciones con L&I?
 Sí No (Para verificarlo, visite: www.Lni.wa.gov/Verify)
- ¿Usted (el empleador) está 'autoasegurado' para su cobertura del seguro de compensación para trabajadores en Washington?
 Sí No ¿No está seguro de qué es un autoseguro? Visite www.Lni.wa.gov/SelfInsurance

Documentos adjuntos obligatorios

- [Análisis laboral](#) o [descripción del empleo del empleador](#) — Congruente con las restricciones laborales del expediente del reclamo del trabajador en L&I. **En el caso de reclamos cuya fecha de lesión sea anterior al 1 de enero de 2025, el empleo debe ser aprobado por el proveedor de cuidado de la salud del trabajador lesionado.**
- Oferta formal de empleo firmada por el trabajador y el empleador.

Firme abajo para certificar que la información de este formulario es verdadera y correcta en la medida de su conocimiento.

Nombre del empleador en letra de molde	Puesto	
Firma del empleador (debe ser del empleador contratante)	Fecha (obligatoria)	
Nombre en letra de molde de la persona que entrega el paquete	Puesto y nombre de la empresa o firma en letra de molde	
Firma de la persona que entrega (obligatoria)	Fecha (obligatoria)	Número de teléfono

Para ver más información acerca del Programa del Trabajador Preferido, visite www.Lni.wa.gov/PreferredWorker