

Department of Labor and Industries
 Factory Assembled Structures
 PO Box 44430
 Olympia WA 98504-4430



SOLICITUD DE APROBACIÓN DE PLAN CONVERSIÓN DE PROVEEDOR/ UNIDADES MÉDICAS

Entrega por FedEx/UPS:
 Department of Labor and Industries
 7273 Linderson Way SW
 Tumwater WA 98501-5414

Nombre de la compañía/propietario		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono		Número de fax

Persona de contacto	Fecha	Tarifa adjunta \$
Dirección de correo electrónico		
Firma	Número de teléfono	Número de fax

Consultar las tarifas requeridas en WAC 296-150V-3000

Diseño de nuevo plan	Apéndice	Nueva versión	Cuota única de presentación
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Tamaño del Proveedor/Unidad médica: Anchura _____ Longitud _____ Área (pies cuadrados) _____

Servicio eléctrico: Amps _____

	Adjunto	N/A
Cálculos de carga concentrada o propuestas de prueba	_____	_____
Cálculos de capacidad de caja eléctrica/carga eléctrica	_____	_____
Plano de disposición general	_____	_____
Plano de tuberías de gas	_____	_____
Plano de suministro de agua	_____	_____
Plano de drenaje y ventilación	_____	_____
Presión de operación _____	Cantidad de aparatos _____	Longitud total _____

For Department Use Only (Para uso exclusivo del departamento)		
Fee ledger sheet number	Application ID	Plan approval number
Date approved	Expiration date	

Department of Labor and Industries
 Factory Assembled Structures
 PO Box 44430
 Olympia WA 98504-4430



SOLICITUD DE APROBACIÓN DE PLAN CONVERSIÓN DE PROVEEDOR/UNIDADES MÉDICAS

Entrega por FedEx/UPS:
 Department of Labor and Industries
 7273 Linderson Way SW
 Tumwater WA 98501-5414

Nombre de la compañía/propietario 1		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono		Número de fax

Persona de contacto 2	Fecha	Tarifa adjunta \$
Dirección de correo electrónico		
Firma	Número de teléfono	Número de fax

Consultar las tarifas requeridas en WAC 296-150V-3000

Diseño de nuevo plan	Apéndice	Nueva versión	Cuota única de presentación
\$ 3	\$ 4	\$ 5	\$ 6

Tamaño del Proveedor/Unidad médica: Anchura **7** Longitud _____ Área (pies cuadrados) _____

Servicios eléctricos: Amps **8** _____

	Adjunto	N/A
Cálculos de carga concentrada o propuestas de prueba	9	
Cálculos de capacidad de caja eléctrica/carga eléctrica		
Plano de disposición general		
Plano de tuberías de gas		
Plano de suministro de agua		
Plano de drenaje y ventilación		
Presión de operación 10	Cantidad de aparatos	Longitud total

For Department Use Only (Para uso exclusivo del departamento)		
Fee ledger sheet number	Application ID	Plan approval number
Date approved	Expiration date	

Instrucciones para contestar la

Solicitud de aprobación de plan de conversión y proveedor/unidades médicas

1. Escriba el nombre, la dirección y el número de teléfono del propietario, y su número de fax si lo tiene.
2. Escriba con letra de molde y firme el nombre de la persona de contacto responsable de este plan y de la información. Incluya en esta línea la fecha en la que el plan se envió al departamento y la tarifa total adjunta para este proveedor/unidad médica. Consulte la tabla de tarifas en [WAC 296-150V-3000](#). Escriba un número de extensión o una línea directa y número de fax para la persona de contacto, si los tiene disponibles. Escriba la dirección de correo electrónico de la persona de contacto.
3. Use esta línea si entrega un nuevo plan por primera vez. Indique la tarifa apropiada a pagar. Consulte [WAC 296-150V-3000](#).
4. Debe usar esta línea si entrega un APÉNDICE a un plan aprobado anteriormente. Indique la tarifa pagada y el número del plan aprobado que desea enmendar.
5. Llene esta línea solamente si esta es una respuesta en la que vuelve a presentar un plan previamente revisado y rechazado. Indique la tarifa requerida para volver a presentar el plan. Consulte [WAC 296-150V-3000](#).
6. Esta es una tarifa para quienes presentan su solicitud por primera vez, que se paga por ÚNICA VEZ. Se aplica SOLAMENTE A FABRICANTES.
7. Indique la anchura, longitud y área en pies cuadrados del proveedor/unidad médica.
8. Indique la capacidad del servicio eléctrico de todo el proveedor/unidad médica. La capacidad del servicio eléctrico habitualmente es la misma que la del disyuntor principal.
9. Esta sección pretende servir como lista de comprobación de parte de la información que puede ser necesaria para aprobar al proveedor/unidad médica. Quizá no todos los elementos sean aplicables a su plan, por lo que pueden ser 'N/A'.
10. Escriba la presión de operación del sistema de plomería siempre que se instalen aparatos de plomería en el proveedor/unidad médica. Escriba la cantidad de aparatos individuales instalados en el proveedor/unidad médica. Escriba la longitud total del sistema de suministro de agua. En el caso de proveedores/unidades médicas autocontenidas, la longitud es de la bomba al aparato más remoto.