



STATE OF WASHINGTON

## DEPARTMENT OF LABOR AND INDUSTRIES

The attached form is the Application for Loss of Earning Power – Medical. There are three different versions of the form attached with different sections translated into Spanish.

The first version has the Worker Section translated into Spanish. The Employer and Physician's Sections are in English.

The second version has the Employer Section in Spanish. The Worker and Physician Sections are in English.

The third version has the Worker and Employer Sections in Spanish. The Physician section is in English.

If you would like a copy of this form in all Spanish, please visit:  
[www.Lni.wa.gov/go/F242-208-999](http://www.Lni.wa.gov/go/F242-208-999).

If you would like a copy of this form in all English, please visit:  
[www.Lni.wa.gov/go/F242-208-000](http://www.Lni.wa.gov/go/F242-208-000).

If you would like this form in another language, you can see the currently available languages by visiting: [www.Lni.wa.gov/F242-208-000](http://www.Lni.wa.gov/F242-208-000). Click on Other Languages to see the translations currently available. If the translation you need is not listed, please contact your claim manager.

El formulario adjunto es la solicitud por pérdida de capacidad de obtener ingresos – médica. Se adjuntan tres versiones diferentes del formulario, con diferentes secciones traducidas al español.

La primera versión tiene la sección del trabajador traducida al español. Las secciones del empleador y el médico están en inglés.

La segunda versión tiene la sección del empleador en español. Las secciones del trabajador y el médico están en inglés.

La tercera versión tiene las secciones del trabajador y el empleador en español. La sección del médico está en inglés.

Si desea recibir una copia totalmente en español de este formulario, visite:  
[www.Lni.wa.gov/go/F242-208-999](http://www.Lni.wa.gov/go/F242-208-999).

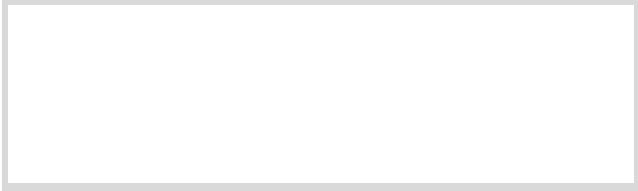
Si desea recibir una copia totalmente en inglés de este formulario, visite:  
[www.Lni.wa.gov/go/F242-208-000](http://www.Lni.wa.gov/go/F242-208-000).

Si desea recibir este formulario en otro idioma, puede ver los idiomas en los que está disponible en el sitio: [www.Lni.wa.gov/F242-208-000](http://www.Lni.wa.gov/F242-208-000). Haga clic en Other Languages (Otros idiomas) para ver las traducciones disponibles. Si no aparece la traducción que necesita, comuníquese con su administrador de reclamos.



## SOLICITUD PARA COMPENSACIÓN POR REDUCCIÓN DE INGRESOS (MÉDICO)

Unit	Work Position
Número del reclamo	
Fecha de la solicitud	
Fecha de la lesión	



**Cómo solicitar:** 1) Complete y firme la sección del trabajador de este formulario. 2) Pídale a su doctor y empleador que completen las secciones que les correspondan. 3) Envíe estos documentos a la dirección escrita arriba. Si tiene preguntas, póngase en contacto con su gerente de reclamo.

### Sección del trabajador

En el momento de la lesión, estaba trabajando: \_\_\_\_\_ horas por día \_\_\_\_\_ días por semana.  
 Actualmente estoy trabajando: \_\_\_\_\_ horas por día \_\_\_\_\_ días por semana.  
**Mis ingresos brutos, sin deducciones, por el período de trabajo:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ fueron \$ \_\_\_\_\_ dólares  
 (mes, día, año) (mes, día, año)

En el día que se lesionó, ¿Estaba su empleador pagando alguna parte del seguro médico, dental y/o de la vista de Ud. y/o su familia o proporcionando vivienda, comida y/o combustible (servicios públicos)?  Sí  No  
 ¿Continúa recibiendo estos beneficios?  Sí  No Fecha en que terminaron los beneficios \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mes, día, año)

Mi empleador actual está/estuvo pagando parte de mi seguro médico, dental o de la vista durante este período de trabajo  Sí  No

*Con mi firma estoy certificando que: Entiendo que si hago una declaración falsa sobre mis actividades o mi condición física, tendré que devolver mis beneficios y podría afrontar sanciones civiles o criminales. Entiendo que tengo que reportar en este formulario, si realizo cualquier tipo de trabajo (remunerado o no), si mi doctor me da de alta para trabajar, si estoy encarcelado y bajo sentencia o si hay algún cambio en la custodia legal de mis hijos.*

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del trabajador \_\_\_\_\_

### Employer's Section To be completed by employer or a copy of your payroll record for the above period can be attached.

Wages were paid for the period \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ Gross Wage paid \$ \_\_\_\_\_

During this period: # work hours available \_\_\_\_\_ # hours worked \_\_\_\_\_

Were vacation wages paid during this period?  No  Yes Amount paid \$ \_\_\_\_\_

Were sick leave wages paid during this period?  No  Yes Amount paid \$ \_\_\_\_\_

Were holiday wages paid during this period?  No  Yes Amount paid \$ \_\_\_\_\_

Are you currently contributing to the worker and/or worker's family medical, dental and/or vision benefits, or providing housing, board and/or fuel (utilities)?  No Date ended \_\_\_\_\_

Yes Amount of contribution \$ \_\_\_\_\_ Please check if your contribution was by the  Hour  Day  Week  Month

Name of employer \_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ **I certify that the earnings shown above are correct, according to our records.**  
 Employer's signature \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_

### Physician's Section Diagnosis due to workplace injury or illness: \_\_\_\_\_

The present disability allows the worker to perform only  Modified/lighter duty  
 Reduced hours # hours per day \_\_\_\_\_ # days per week \_\_\_\_\_

List and explain physical restrictions: \_\_\_\_\_

Have you advised the worker to return to pre-injury work schedule or pre-injury duties?  No  Yes, on \_\_\_\_\_ If No, when do you anticipate the worker will be able to return to pre-injury work schedule or pre-injury duties? \_\_\_\_\_

Are there factors impeding recovery, such as unrelated medical conditions, socio-economic or chemical dependency?  Yes  No

If yes, explain and use additional sheets if needed. \_\_\_\_\_

Has the worker's condition, due to this injury, reached maximum medical improvement?  Yes  No

Will permanent impairment result from this injury?  Yes  No  Undetermined

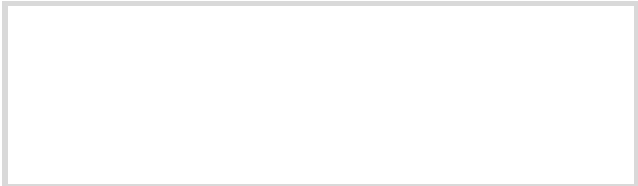
Comments: \_\_\_\_\_

Phone # \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Physician's signature \_\_\_\_\_



# APPLICATION FOR L.E.P. COMPENSATION MED

Unit	Work Position
Claim Number	
Date Requested	
Date of Injury	



**How to apply:** 1) Complete and sign the worker section of this form. 2) Have your employer and attending physician complete their sections. 3) Mail this paperwork to the above address.

Questions? Contact your claim manager.

## Worker's Section

At the time of injury, I was working: \_\_\_\_\_ hours per day \_\_\_\_\_ days per week.

I am currently working: \_\_\_\_\_ hours per day \_\_\_\_\_ days per week.

**My gross earnings, before deductions, for the work period:** \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ were \$ \_\_\_\_\_

On the date of your injury, was your employer paying any part of your and/or your family's medical, dental and/or vision insurance benefits, or providing housing, board and/or fuel (utilities)?  Yes  No

Are you still receiving these benefits?  Yes  No Date coverage ended \_\_\_\_\_

During this work period, my current employer is/was paying for my medical, vision, or dental benefits  Yes  No

**By signing below, I am certifying the following:** I understand that if I make a false statement about my activities or physical condition, I will be required to refund my benefits and I may face civil or criminal penalties. I understand I must report on this form any work performed (paid or unpaid), if my doctor releases me for full duty, if I am incarcerated and under sentence, or if the custody of my children changes.

Date \_\_\_\_\_ Worker's signature \_\_\_\_\_

## Sección del empleador

El empleador debe completar esta parte o puede adjuntar una copia de su recibo de pago por el período mencionado arriba.

El período de salario pagado fue del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Salario bruto pagado \$ \_\_\_\_\_ dólares  
(mes/día/año) (mes/día/año)

Durante este período: # horas disponibles de trabajo \_\_\_\_\_ # horas trabajadas \_\_\_\_\_

¿Pagó el salario como vacaciones durante este período?  No  Si Cantidad pagada \$ \_\_\_\_\_

¿Pagó el salario como ausencia por enfermedad durante este período?  No  Si Cantidad pagada \$ \_\_\_\_\_

¿Pagó el salario como días feriados?  No  Si Cantidad Pagada \$ \_\_\_\_\_

¿Está contribuyendo actualmente al seguro médico, dental y/o de la vista del trabajador y/o de su familia y/o está proporcionando vivienda, comida y/o combustible (servicios públicos)?  No Fecha en que terminaron los beneficios \_\_\_\_\_

Si Cantidad de la contribución \$ \_\_\_\_\_ Por favor marque si su contribución era por  Hora  Día  Semana  Mes

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Fecha (mes/día/año) \_\_\_\_\_ **Yo certifico que los ingresos declarados arriba son correctos de acuerdo a nuestros records.**

Firma del empleador \_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_

## Physician's Section

Diagnosis due to workplace injury or illness: \_\_\_\_\_

The present disability allows the worker to perform only  Modified/lighter duty  Reduced hours # hours per day \_\_\_\_\_ # days per week \_\_\_\_\_

List and explain physical restrictions: \_\_\_\_\_

Have you advised the worker to return to pre-injury work schedule or pre-injury duties?  No  Yes, on \_\_\_\_\_ If No, when do you anticipate the worker will be able to return to pre-injury work schedule or pre-injury duties? \_\_\_\_\_

Are there factors impeding recovery, such as unrelated medical conditions, socio-economic or chemical dependency?  Yes  No

If yes, explain and use additional sheets if needed.

Has the worker's condition, due to this injury, reached maximum medical improvement?  Yes  No

Will permanent impairment result from this injury?  Yes  No  Undetermined

---

Comments:

---

Phone #	Date	Physician's signature
---------	------	-----------------------

---



**SOLICITUD PARA COMPENSACIÓN  
 POR REDUCCIÓN DE INGRESOS  
 (MÉDICO)**

Unit	Work Position
Número del reclamo	
Fecha de la solicitud	
Fecha de la lesión	

**Cómo solicitar:** 1) Complete y firme la sección del trabajador de este formulario. 2) Pídale a su doctor y empleador que completen las secciones que les correspondan. 3) Envíe estos documentos a la dirección escrita arriba. Si tiene preguntas, póngase en contacto con su gerente de reclamo.

**Sección del trabajador**

En el momento de la lesión, estaba trabajando: \_\_\_\_\_ horas por día \_\_\_\_\_ días por semana.  
 Actualmente estoy trabajando: \_\_\_\_\_ horas por día \_\_\_\_\_ días por semana.  
**Mis ingresos brutos, sin deducciones, por el período de trabajo:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ fueron \$ \_\_\_\_\_ dólares  
 (mes, día, año) (mes, día, año)

En el día que se lesionó, ¿Estaba su empleador pagando alguna parte del seguro médico, dental y/o de la vista de Ud. y/o su familia o proporcionando vivienda, comida y/o combustible (servicios públicos)?  Sí  No  
 ¿Continúa recibiendo estos beneficios?  Sí  No Fecha en que terminaron los beneficios \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Mi empleador actual está/estuvo pagando parte de mi seguro médico, dental o de la vista durante este período de trabajo  Sí  No

**Con mi firma estoy certificando que:** Entiendo que si hago una declaración falsa sobre mis actividades o mi condición física, tendré que devolver mis beneficios y podría afrontar sanciones civiles o criminales. Entiendo que tengo que reportar en este formulario, si realizo cualquier tipo de trabajo (remunerado o no), si mi doctor me da de alta para trabajar, si estoy encarcelado y bajo sentencia o si hay algún cambio en la custodia legal de mis hijos.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del trabajador \_\_\_\_\_

**Sección del empleador** El empleador debe completar esta parte o puede adjuntar una copia de su recibo de pago por el período mencionado arriba.

El período de salario pagado fue del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Salario bruto pagado \$ \_\_\_\_\_ dólares  
 (mes/día/año) (mes/día/año)

Durante este período: # horas disponibles de trabajo \_\_\_\_\_ # horas trabajadas \_\_\_\_\_

¿Pagó el salario como vacaciones durante este período?  No  Sí Cantidad pagada \$ \_\_\_\_\_

¿Pagó el salario como ausencia por enfermedad durante este período?  No  Sí Cantidad pagada \$ \_\_\_\_\_

¿Pagó el salario como días feriados?  No  Sí Cantidad Pagada \$ \_\_\_\_\_

¿Está contribuyendo actualmente al seguro médico, dental y/o de la vista del trabajador y/o de su familia y/o está proporcionando vivienda, comida y/o combustible (servicios públicos)?  No Fecha en que terminaron los beneficios \_\_\_\_\_

Si Cantidad de la contribución \$ \_\_\_\_\_ Por favor marque si su contribución era por  Hora  Día  Semana  Mes

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Fecha (mes/día/año) \_\_\_\_\_ **Yo certifico que los ingresos declarados arriba son correctos de acuerdo a nuestros records.**  
 Firma del empleador \_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_

**Physician's Section**

Diagnosis due to workplace injury or illness: \_\_\_\_\_

The present disability allows the worker to perform only  Modified/lighter duty  
 Reduced hours # hours per day \_\_\_\_\_ # days per week \_\_\_\_\_

List and explain physical restrictions:

Have you advised the worker to return to pre-injury work schedule or pre-injury duties?  No  Yes, on \_\_\_\_\_ If No, when do you anticipate the worker will be able to return to pre-injury work schedule or pre-injury duties? \_\_\_\_\_

Are there factors impeding recovery, such as unrelated medical conditions, socio-economic or chemical dependency?  Yes  No

If yes, explain and use additional sheets if needed.

Has the worker's condition, due to this injury, reached maximum medical improvement?  Yes  No

Will permanent impairment result from this injury?  Yes  No  Undetermined

Comments:

Phone # \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Physician's signature \_\_\_\_\_