

Labor and Industries  
Claims Administration  
PO Box 44291  
Olympia WA 98504-4291

## Solicitud para cambio de dirección para trabajadores lesionados

Número del Reclamo:

**NOMBRE**

Fecha del cambio de dirección:

**Dirección del nuevo domicilio:**

Ciudad	Estado	Código Postal

¿Es su DIRECCIÓN POSTAL igual que la de arriba?

Sí


No

**Nueva dirección para recibir correspondencia (si es diferente a la dirección de domicilio):**

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

**Número de teléfono, incluyendo el código de area:**

Firma	Fecha de hoy
-------	--------------

**POR FAVOR NOTE** que usted debe notificarle inmediatamente a Labor e Industrias su nueva dirección para prevenir el retraso de sus beneficios. Usted también puede actualizar su dirección en línea en el Centro de Información de Reclamos y Cuentas, [Claim and Account Center](#) .

<b>Envíela a:</b> Claims Administration Department of Labor and Industries P.O. Box 44291 Olympia, WA 98504-4291	<b>Fax:</b> Notifíquelo a su gerente de reclamo antes de enviar el fax. Utilice cualquiera de los siguientes números: <ul style="list-style-type: none"><li>• 360-902-4565</li><li>• 360-902-4566</li><li>• 360-902-4567</li></ul>
--	---

**Llame a 1-800-547-8367 o a su Gerente de Reclamo si usted tiene preguntas.**