|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Department of Labor and IndustriesInsurance Services AdministrationPO Box 44291Olympia WA 98504-4291 | State Seal - Fax 300.tif | **Reembolso de salario del programa Permanezca en el Trabajo****Solicitud para empleadores***Solicitar el reembolso de* ***gastos*** *por separado* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Empleador** |  | **Nombre del trabajador** |
| Nombre del negocio      |  |       |
| Número de cuenta de L&I (Labor e Industrias)      |  | Número de reclamo del L&I      |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Enviar el reembolso a** |  | **Descripción del trabajo antes de la lesión** |
| Dirección postal      |  | *Ejemplo: trabajador de almacén: empacador* |
|       |
|       |  | **Trabajo liviano o transitorio descripción***Ejemplo: empleado de control de inventario* |
| Ciudad      | Estado      | Código postal      |  |       |

**Solicite aquí el reembolso del 50% de los salarios base que pagó por hasta 66 días o $10,000 (lo que ocurra antes).**

|  |
| --- |
| **Consejos:** no incluya propinas, comisiones, bonos, comidas, vivienda, combustible, beneficios de cuidado de la salud, etc. (Vea la página 2 para consultar los salarios base). |
| **Pago a mi trabajador un salario fijo** [ ]  Sí [ ]  No | **Llevo un registro de la cantidad de horas trabajadas** [ ]  Sí [ ]  No |
| **Consejos:**Reúna los registros de pago del empleado, incluidos los registros de horario diarios donde se indiquen las horas trabajadas cada día. Estos registros le ayudarán a llenar esta sección. También deberá enviar copias de los registros junto con este formulario. (Vea la página 2.) | Periodo de duración del trabajo liviano o transitorio:       a       mm/dd/aaaa mm/dd/aaaa | **Consejos:**Cuando llene la información de los salarios base:* Incluya únicamente las horas y los salarios pagados por el trabajo realizado.
* No incluya los pagos por días feriados, vacaciones, permisos por enfermedad o cualquier otro pago o beneficio similar.
 |
| ¿Trabajó el turno vespertino o nocturno? [ ]  Sí [ ]  No |
| Tarifa del salario base por trabajo liviano o transitorio: $      por       (Vea la página 2 para consultar los salarios base). |
| Número total de días solicitados (en los que el empleado realmente llevó a cabo el trabajo liviano)       |
| Salario base total pagado durante este periodo de trabajo liviano o transitorio: $      |
| 50 % de la cantidad que usted solicita: **$**       |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Consejos:**Incluya las fechas, n.º de horas y el ***salario diario total*** pagado por cada día de trabajo.**Ejemplo:** 8 horas x $11 por hora = $88.00 de salario diario total.Debe enviar la solicitud en un plazo de un año a partir de la fecha en que se realizó el trabajo. | Fecha(mm/dd/aa) | N.º de horas | Salario diario total | Fecha(mm/dd/aa) | N.º de horas | Salario diario total | Fecha(mm/dd/aa) | N.º de horas | Salario diario total |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |

Firme a continuación para confirmar que la información de este formulario es verdadera y precisa.
Importante: Adjunte los *documentos requeridos que se mencionan en la página 2.*

|  |  |
| --- | --- |
| Firma | Nombre en letra de imprenta y puesto      |
| Fecha de firma (mm/dd/aaaa)      | N.º de teléfono en caso de que necesitemos llamarle      |
| Fecha en la que el empleador envió la descripción del trabajo al proveedor (mm/dd/aaaa)      |

Envíe el formulario lleno por fax al **360-902-6100** o por correo postal a la dirección que aparece más arriba.

¿Tiene alguna pregunta? Llame al **1-866-406-2482** o al **360-902-4411**.

|  |
| --- |
| **Reembolso de salario del programa Permanezca en el Trabajo: ¿qué cubre?** |

El **50 %** de los **salarios base** de su trabajador lesionado:

* Por hasta **66 días** en los que se realizó realmente el trabajo*. (Menos de 8 horas sigue contando como un día).*
* Dentro de un periodo consecutivo de 24 meses.
* Hasta $10,000 por reclamo.

**Los salarios base incluyen** los salarios pagados por el trabajo que se realizó realmente durante el trabajo liviano o transitorio, y pueden incluir variaciones en las tasas horarias como las horas extra o el diferencial de turnos.

**Los salarios base no incluyen** propinas, comisiones, bonos, comidas, vivienda, combustible, beneficios de cuidado de la salud (incluida la atención dental y de la visión), viáticos, reembolsos por gastos relacionados con el trabajo o cualquier otro pago. Los salarios base no incluyen pagos por trabajos que en realidad no se realizan, como pagos por días feriados, pagos por vacaciones, ausencia por enfermedad o pagos o beneficios similares.

|  |
| --- |
| **Para ser elegible para este programa, el empleador debe:** |

* Estar pagando las primas de compensación para los trabajadores de L&I. ***(El programa no se encuentra disponible para los empleadores autoasegurados).***
* Ser el empleador al momento en que se produce la lesión en el reclamo, O BIEN, por un reclamo relacionado con una enfermedad ocupacional:
	+ ser un empleador cuya evaluación de la experiencia se vea afectada por el reclamo debido a que alguna vez contrató al trabajador, o
	+ ser el último empleador en contratar al trabajador cuando se presentó el reclamo (incluso si el reclamo no afectará su evaluación de la experiencia).
* Brindar al proveedor de cuidado de la salud del trabajador una descripción del trabajo liviano o transitorio disponible en la que se indiquen los requisitos físicos necesarios para el trabajo, antes de que este inicie.
* Contar con la aprobación por escrito del proveedor de cuidado de la salud del trabajador para el trabajo liviano o transitorio.
* Seguir brindando todos los beneficios de cuidado de la salud que tenía el trabajador, a menos que esos beneficios no concuerden con el programa de beneficios actual del empleador para los trabajadores.
* Presentar la solicitud *en el plazo de un año* a partir de que se hicieron los gastos elegibles.

|  |
| --- |
| **Los tres documentos que se deben adjuntar a este formulario:** (No es necesario que adjunte las copias que ya están en el archivo del reclamo. Puede consultar el archivo del reclamo en [www.secure.Lni.wa.gov/home](http://www.secure.Lni.wa.gov/home)).  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Importante:*** *Anote el número de reclamo de L&I en todas las páginas adjuntas****.*** |  |
| **1. Información de nómina:** una copia de los registros de nómina y los registros de tiempo diarios, en donde se documenten las horas trabajadas cada día y monto del salario base pagado cada día, por las horas en que el trabajador realizó el trabajo liviano o transitorio.**2. La descripción** del proveedor de las restricciones físicas que le impiden al trabajador hacer su trabajo habitual, como el Formulario de Restricciones Laborales (Activity Prescription Form, APF) \* o una copia de la hoja clínica.\*Formulario de Restricciones Laborales**3. La descripción de su trabajo liviano o transitorio** junto con la aprobación por escrito del proveedor de cuidado de la salud.Puede usar:Formulario de descripción del trabajo estándar (F252‑040‑000): [www.Lni.wa.gov/FormPub/Detail.asp?DocID=1684](http://www.Lni.wa.gov/FormPub/Detail.asp?DocID=1684)o bien,la descripción del trabajo de retorno al trabajo que usa su empresa actualmente con L&I. | **Instrucciones para enviar esta solicitud a L&I:*** **Imprima su formulario completo.**
* **Fírmelo.**
* **Reúna los documentos requeridos.**

  (*Anote el n.º de reclamo en cada página).** **Envíe el formulario y el resto de los documentos por FAX al:****360-902-6100**

 *(o envíelos por correo postal a la dirección que aparece en la página 1).***¿Tiene alguna pregunta? Podemos ayudar:****Llame al: 1-866-406-2482***, sin costo**o al* **360-902-4411****O bien, visite:**  **StayAtWork.Lni.wa.gov** |

Leyes y reglas del reembolso del programa Permanezca en el Trabajo: [Código Revisado de Washington (Revised Code of Washington, RCW) 51.32.090](http://app.leg.wa.gov/rcw/default.aspx?cite=51.32.090) y [Código Administrativo de Washington (Washington Administrative Code, WAC) 296-16A](http://app.leg.wa.gov/wac/default.aspx?cite=296-16A)