

Provider Accounts & Credentialing
PO Box 44261
Olympia WA 98504-4261
United States of America

Fax: 360-902-4484
¿Preguntas? Envíe correo electrónico a
PacMail@Lni.wa.gov

For L&I Use Only
(Solo para uso de L&I) –
Provider Account #

1. Información de la cuenta (obligatorio)

Nombre del proveedor/empresa/institución	Dirección de correo electrónico
Número de cuenta de proveedor de L&I	Número de cuenta grupal de L&I

2. Cambiar el nombre en mi(s) cuenta(s): Si quiere cambiar el nombre de la persona, debe adjuntar documentos: licencia médica, certificación, acta de matrimonio, acta de divorcio u orden judicial. No necesita documentos para cambiar el nombre de su empresa.

Nombre anterior del proveedor/empresa/institución	Nombre nuevo del proveedor/empresa/institución
---	--

3. Cambiar la dirección de mi oficina: Incluya el código de condado en los números de teléfono y fax.

Lugar anterior			Lugar nuevo (esta dirección no puede ser un apartado postal)		
Dirección			Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
País			País		
Número de teléfono	Número de fax		Número de teléfono	Número de fax	

4. Cambiar la dirección de mis pagos: Incluya el código de condado en los números de teléfono y fax. Para cambiar esta dirección debe entregar los siguientes formularios adicionales con el formulario de cambio:

- [Formulario de registro de receptor de pagos fuera del país a nivel estatal y](#)
 - [Formulario W-8BEN \(solo proveedores individuales\) o](#)
 - [Formulario W-8BENE \(hospitales, centros o clínicas que reciben pagos\).](#)

Dirección anterior para pagos			Dirección nueva para pagos (puede ser un apartado postal)		
Dirección			Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
País			País		
Número de teléfono	Número de fax		Número de teléfono	Número de fax	

5. Cambiar mi dirección para correspondencia: Incluya el código de condado en los números de teléfono y fax.

Dirección anterior para correspondencia			Dirección nueva para correspondencia (puede ser un apartado postal)		
Dirección			Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
País			País		
Número de teléfono	Número de fax		Número de teléfono	Número de fax	

6. Desactivar mi cuenta de proveedor

Número de cuenta de proveedor de L&I	Nombre del proveedor/empresa/institución	Fecha de vigencia
Motivo:		

7. Autorizo este cambio con mi firma a continuación: (Obligatorio)

Firma	Número de teléfono	Fecha
-------	--------------------	-------