

Trimiteți prin e-mail formularele completate la:  
Department of Labor and Industries  
PO Box 44269  
Olympia WA 98504-4269



## Cerere de rambursare pentru călătorie

- Trebuie să aveți autorizația prealabilă din partea managerului dvs. de cereri de despăgubire. Consultați [WAC-ul 296-20-1103](#).
- Citiți instrucțiunile de pe verso înainte de a începe.
- Călătoriți pentru o examinare medicală independentă? Găsiți formularul de călătorie IME ([F245-224-000](#)) online la adresa [www.Lni.wa.gov](#) și faceți clic pe Get a Form or Publication (Obțineți un formular sau Publicație).

### Informații privind angajații (imprimați)

Cererea nr.

Nume (Nume de familie, Prenume, Inițiala celui de-al doilea prenume)			Data accidentării
Adresa domiciliului (nu căsuța poștală)			
Orașul	Statul	Codul poștal	Numărul de telefon

### Motivul călătoriei (bifați un singur tip de călătorie pe fiecare formular)

- Vizită medicală sau tratament     Servicii profesionale     Particip la cursul de recalificare (anexați o copie a Transportation Encumbrance (formularului de angajare în transporturi) [\[F245-375-000\]](#) semnat de către consilierul dvs. profesional)

### Informații privind călătoria – instrucțiuni și exemple pe verso

V-ați anexat chitanțele de cheltuieli?     Da     Nu

	A. Data (pentru fiecare călătorie) zz/ll/aaaa	B. Codul călătoriei (unul pentru fiecare rând – consultați formularul pe verso)	C. De la (Orașul)	D. Până la (Orașul)	E. Numele furnizorului și motivul vizitei	F. Nr. de mile (călătorie dus-întors pe cea mai scurtă rută directă)	G. Costul cheltuielilor (anexați chitanțele)
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							

### Este necesară: semnătura furnizorului sau a personalului de birou pentru a vă verifica programarea.

1.	Data	5.	Data
2.	Data	6.	Data
3.	Data	7.	Data
4.	Data		

### Este necesară: semnătura angajatului

Aceste cheltuieli sunt legate de cererea de despăgubire a angajaților mei și acestea nu mi-au fost rambursate pentru a-i putea despăgubi. Am înțeles că este o infracțiune să trimit informații despre care știu că sunt false. Am citit și înțeles instrucțiunile de pe spatele acestui formular.

Imprimați numele angajatului

Semnătura angajatului

Data

## După prima vizită pentru cererea dvs., călătoria este plătită numai dacă:

- aveți o autorizație din partea managerului dvs. de cereri de despăgubire și
- consultați un furnizor care se află în rețeaua de furnizori L&I (Departamentul Muncii și Industriilor) (se pot aplica excepții, consultați link-ul de mai jos).

## Instrucțiuni: completați fiecare coloană.

- **Coloana A:** data în care ați călătorit (o dată pentru fiecare rând).
- **Coloana B:** folosiți un singur cod pentru fiecare rând. Codurile sunt enumerate mai jos.
- **Coloana C:** orașul din care ați călătorit.
- **Coloana D:** orașul către care ați călătorit.
- **Coloana E:** furnizorul pe care l-ați văzut și motivul călătoriei.
- **Coloana F:** numărul total de mile pe care le-ați parcurs în călătoria dus-întors.
- **Coloana G:** suma în dolari pentru fiecare cheltuială (mâncare, cazare, bilete, parcare). O singură cheltuială pentru fiecare rând. Trebuie să anexați copii ale tuturor chitanțelor, cu excepția celor pentru parcare care sunt sub \$10. Toate chitanțele trebuie să fie detaliate și lizibile. Chitanțele cardului de credit nu sunt acceptabile.

## Coduri de călătorie

Cheltuială	Servicii medicale	Servicii profesionale	Recalificare
Kilometrajul vehiculului privat	0401A	V0028	0301R
Parcare	0402A	0402A	0302R
Taxă pentru pod și feribot	0403A	0403A	0303R
Transport comercial	0405A	0405A	0304R
Taxi	0414A	0414A	Contactați-vă consilierul profesional
Cazare	0406A	0406A	Contactați-vă consilierul profesional
Micul-dejun	0407A	0407A	Contactați-vă consilierul profesional
Prânz	0408A	0408A	Contactați-vă consilierul profesional
Cină	0409A	0409A	Contactați-vă consilierul profesional

## Semnături

- **Vizite medicale:** furnizorul sau personalul de birou cu care v-ați văzut trebuie să semneze pentru a verifica fiecare dată a vizitei.
- **Servicii profesionale și de recalificare:** consilierul dvs. profesional trebuie să semneze pentru a verifica fiecare dată în care ați călătorit.
- **Semnătura angajatului:** trebuie să semnați formularul pentru rambursare.

## Exemplu

	A. Data (pentru fiecare călătorie) zz/ll/aaaa	B. Codul călătoriei (unul pentru fiecare rând – consultați formularul pe verso)	C. De la (Orașul)	D. Până la (Orașul)	E. Numele furnizorului și motivul vizitei	F. Nr. de mile (călătorie dus-întors pe cea mai scurtă rută directă)	G. Costul cheltuielilor (anexați chitanțele)
1.	08/08/2016	0401A	Olympia	Seattle	Dr. Smith; vizită postoperatorie	120	
2.	08/08/2016	0402A					\$25.00

## Aveți nevoie să găsiți un furnizor de rețele L&I în apropiere?

Mergeți la Find-A-Doc (Găsiți un doctor) la adresa [www.Lni.wa.gov/FindADoc](http://www.Lni.wa.gov/FindADoc).

## Aveți nevoie de mai mult ajutor sau informații?

Mergeți la adresa [www.Lni.wa.gov](http://www.Lni.wa.gov) și faceți clic pe fila Injured Workers (Angajați accidentați) sau sunați la 1-800-LISTENS.

Puteți citi WAC-ul complet privind cheltuielile de călătorie accesând [apps.Leg.wa.gov/WAC/](http://apps.Leg.wa.gov/WAC/) și căutând WAC-ul [296-20-1103](http://www.Lni.wa.gov/296-20-1103).