

Адрес для отправки заполненных бланков:

Department of Labor and Industries
PO Box 44269
Olympia WA 98504-4269



Заявка на компенсацию командировочных расходов

- Требуется предварительное разрешение со стороны менеджера по рассмотрению заявок. См. [WAC 296-20-1103](#).
- Ознакомьтесь с инструкциями на обратной стороне бланка перед тем, как заполнить его.
- Ваша командировка связана с проведением независимой медицинской экспертизы? Чтобы загрузить бланк заявки на компенсацию командировочных расходов в связи с проведением независимой медицинской экспертизы (Independent Medical Examination, IME) ([F245-224-000](#)), перейдите на веб-сайт www.Lni.wa.gov и щелкните ссылку "Get a Form or Publication" (Загрузить бланк или публикацию).

Информация о работнике (печатными буквами)

| | | | |
|--|------|--------|-----------------------|
| ФИО (фамилия, имя, отчество полностью) | | | № заявки |
| Домашний адрес (не абонентский ящик) | | | Дата получения травмы |
| Город | Штат | Индекс | Номер телефона |

Цель командировки (в каждом бланке указывайте только одну цель командировки)

- Врачебный прием или лечение Профессиональные услуги Участие в занятиях по переподготовке (приложите копию бланка обязательств по транспортным расходам [[F245-375-000](#)] за подписью консультанта по профессиональным услугам)

Информация о поездке (инструкции и пример приведены на обратной стороне)

Квитанции на произведенные расходы прилагаются? Да Нет

| | А. Дата (каждая поездка) мм/дд/гггг | Б. Код поездки (один в каждой строке — см. оборотную сторону бланка) | В. Отправление (город) | Г. Конечный пункт (город) | Д. Наименование поставщика и цели визита | Е. Продолжительность поездки в милях (туда и обратно по кратчайшему маршруту) | Ж. Сумма расходов (приложите квитанции) |
|----|-------------------------------------|--|------------------------|---------------------------|--|---|---|
| 1. | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | |

Требуется подпись поставщика или сотрудника офиса.

| | | | |
|----|------|----|------|
| 1. | Дата | 5. | Дата |
| 2. | Дата | 6. | Дата |
| | Дата | | Дата |

3.

Дата

7.

4.

Требуется подпись работника

Эти расходы связаны с моей заявкой на получение рабочей компенсации. Я подтверждаю, что компенсация мне не была выплачена. Я понимаю, что предоставление заведомо ложной информации противозаконно. Я полностью понимаю инструкции, приведенные на оборотной стороне бланка.

Имя и фамилия работника (печатными буквами)

Подпись работника

Дата

После первого визита по вопросу заявки Вы получите компенсацию командировочных расходов только при соблюдении следующих условий:

- Вы получили предварительное разрешение со стороны менеджера по рассмотрению заявок.
- Вы обратились к поставщику, включенному в сеть поставщиков L&I (возможные исключения перечислены по следующей ссылке).

Инструкции. Заполните каждый столбец.

- **Столбец А.** Дата начала поездки (одна дата в каждой строке).
- **Столбец Б.** Укажите один код в каждой строке. Список кодов приведен ниже.
- **Столбец В.** Город отправления.
- **Столбец Г.** Конечный город поездки.
- **Столбец Д.** Поставщик, к которому Вы обратились, а также цель поездки.
- **Столбец Е.** Общая продолжительность поездки туда и обратно в милях.
- **Столбец Ж.** Сумма каждой позиции расходов в долларах США (питание, проживание, проезд, парковка). Укажите одну позицию расходов в каждой строке. Приложите копии всех квитанций, за исключением квитанций об оплате парковки на сумму менее 10 долларов США. Все квитанции должны быть детализированы и понятны. Квитанции об оплате кредитной картой не принимаются.

Коды командировочных расходов

| Позиция расходов | Медицинские услуги | Профессиональные услуги | Переподготовка |
|---|--------------------|-------------------------|---|
| Пробег личного автомобиля | 0401A | V0028 | 0301R |
| Парковка | 0402A | 0402A | 0302R |
| Плата за проезд мостов и паромные переправы | 0403A | 0403A | 0303R |
| Коммерческие перевозки | 0405A | 0405A | 0304R |
| Такси | 0414A | 0414A | Обратитесь к консультанту по профессиональным услугам |
| Проживание | 0406A | 0406A | Обратитесь к консультанту по профессиональным услугам |
| Завтраки | 0407A | 0407A | Обратитесь к консультанту по профессиональным услугам |
| Обеды | 0408A | 0408A | Обратитесь к консультанту по профессиональным услугам |
| Ужины | 0409A | 0409A | Обратитесь к консультанту по профессиональным услугам |

Подписи

- **Врачебные приемы.** Дата каждого визита должна быть заверена подписью поставщика или сотрудника офиса, к которому вы обращались.

- **Профессиональные услуги и услуги по переподготовке.** Дата каждой поездки должна быть заверена подписью консультанта по профессиональным услугам.
- **Подпись работника.** Подпишите бланк заявки на получение компенсации.

Пример

| | А. Дата (каждая поездка) мм/дд/гггг | Б. Код поездки (один в каждой строке — см. обратную сторону бланка) | В. Отправление (город) | Г. Конечный пункт (город) | Д. Наименование поставщика и цели визита | Е. Продолжительность поездки в милях (туда и обратно по кратчайшему маршруту) | Ж. Сумма расходов (приложите квитанции) |
|----|---|--|------------------------------|------------------------------------|---|---|---|
| 1. | 08/08/2016 | 0401A | Olympia | Seattle | Dr. Smith; послеоперационный прием | 120 | |
| 2. | 08/08/2016 | 0402A | | | | | \$25.00 |

Требуется найти ближайшего поставщика из сети L&I?

Перейдите на страницу поиска врача по адресу www.Lni.wa.gov/FindADoc.

Вам нужна помощь или дополнительная информация?

Перейдите на веб-сайт www.Lni.wa.gov и откройте вкладку "Injured Workers" (Травмированные работники) или позвоните по телефону 1-800-LISTENS.

Полный текст требований WAC в отношении командировочных расходов можно просмотреть на веб-сайте apps.Leg.wa.gov/WAC/, выполнив поиск по нормативу WAC [296-20-1103](http://www.wa.gov/296-20-1103).