

Адрес для отправки заполненных
бланков:
Department of Labor and Industries
PO Box 44269
Olympia WA 98504-4269



Заявка на возмещение расходов на проезд

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

Информация о работнике (печатными буквами)

№ заявки

Полное имя (фамилия, имя, средний инициал)			Дата получения травмы
Домашний адрес (не абонентский ящик)			
Город	Штат	Индекс	Номер телефона

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

Врачебный прием или лечение

Профессиональные услуги

Участие в занятиях по переподготовке (приложите копию бланка Transportation Encumbrance (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

	A. Дата (каждая поездка) мм/дд/гггг	B. Код поездки (один в каждой строке — см. оборотную сторону бланка)	C. Имя поставщика	D. Адрес приема	E. Продолжительность поездки в милях (туда и обратно по кратчайшему маршруту)	F. Сумма расходов (приложите квитанции)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

Требуется подпись поставщика или сотрудника офиса.

1.	Дата	4.	Дата
2.	Дата	5.	Дата
3.	Дата		

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 возмещение расходов на проезд только при соблюдении указанных далее условий.

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

Инструкции. Заполните каждый столбец.

- **Столбец А.** Дата начала поездки (одна дата в каждой строке).
- **Столбец В.** Укажите один код в каждой строке. Список кодов приведен ниже.
- **Столбец С.** Поставщик услуг, которого Вы посещали.
- **Столбец D.** Конечный адрес поездки.
- **Столбец E.** Общая продолжительность поездки туда и обратно в милях.
- **Столбец F.** 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 \$. Все квитанции должны быть детализированы и понятны. Квитанции об оплате кредитной картой не принимаются.

Коды расходов на поездку

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 возмещение.

Пример

	А. Дата (каждая поездка) мм/дд/гггг	В. Код поездки (один в каждой строке — см. оборотную сторону бланка)	С. Имя поставщика	Д. Адрес приема	Е. Продолжительность поездки в милях (туда и обратно по кратчайшему маршруту)	Ф. Сумма расходов (приложите квитанции)
1.	12/12/2022	0401A	Dr. John Smith	123 Hospital Way SW Suite 200 Seattle WA 98101	120	
2.	12/12/2022	0402A		123 Hospital Way SW Suite 200 Seattle WA 98101		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 расходов на проезд можно просмотреть на веб-сайте apps.Leq.wa.gov/WAC/, выполнив поиск по нормативу WAC [296-20-1103](http://www.wa.gov/wac/296-20-1103).

F245-145-294 Travel Reimbursement Request (Russian) 12-2022