

ส่งไปรษณีย์แบบฟอร์มที่กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว
ไปที่:

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



แบบคำร้องขอเบิกคืนค่า
เดินทาง

- ท่านต้องได้รับอนุมัติล่วงหน้าจากผู้จัดการการเรียกร้องของท่านก่อน ดูที่ [WAC 296-20-1103](#).
- อ่านคำชี้แนะด้านหลังก่อนเริ่มกรอกแบบฟอร์ม
- เป็นการเดินทางเพื่อรับการตรวจร่างกายโดยอิสระหรือไม่? ค้นหาแบบฟอร์มขอเบิกคืนค่าเดินทาง IME ([F245-224-000](#)) ทางออนไลน์ได้ที่ [www.Lni.wa.gov](#) และคลิกที่ Get a Form หรือ Publication

ข้อมูลลูกจ้าง (โปรดพิมพ์)

ชื่อ (นามสกุล, ชื่อแรก, ชื่อกลาง)			หมายเลขคำเรียกร้อง
ที่อยู่บ้าน (ไม่ใช่ตู้ ป.ณ.)			วันที่ได้รับบาดเจ็บ
เมือง	มลรัฐ	รหัสไปรษณีย์	เบอร์โทรศัพท์

เหตุการณ์เดินทาง (เลือกประเภทการเดินทางหนึ่งประเภทต่อแบบฟอร์ม)

- มาพบแพทย์หรือรับการตรวจรักษา รับบริการอาชีพบำบัด เข้าร่วมการฝึกอบรมซ้ำ (แบบสำเนาแบบฟอร์ม Transportation Encumbrance form [F245-375-000](#) ลงนามโดยผู้ให้คำปรึกษาด้านอาชีพ)

ข้อมูลการเดินทาง – ดูคำชี้แนะและตัวอย่างด้านหลัง

ท่านได้แนบใบเสร็จค่าใช้จ่ายมาด้วยหรือไม่? แนบ ไม่ได้แนบ

	A. วันที่ (เดินทางแต่ละ ครั้ง) ด/ว/ป	B. รหัสเดินทาง (หนึ่งรหัสต่อ หนึ่งบรรทัด – ดู ด้านหลัง แบบฟอร์ม)	C. จาก (เมือง)	D. ถึง (เมือง)	E. ชื่อผู้ให้บริการ & เหตุผลการเข้า พบ	F. จำนวนไมล์ (เดินทางไป- กลับโดย เส้นทางตรงที่ สั้นที่สุด เท่านั้น)	G. ต้นทุนค่าใช้จ่าย (พร้อมแนบ ใบเสร็จรับเงิน)
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							

สิ่งที่มี: ลายเซ็นของผู้ให้บริการ หรือ เจ้าหน้าที่สำนักงานเพื่อรับรองการนัดหมายของท่าน

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

สิ่งที่มี: ลายเซ็นของลูกจ้าง

ค่าใช้จ่ายเหล่านี้เกี่ยวข้องกับการเรียกร้องค่าชดเชยสำหรับลูกจ้างของข้าพเจ้าและข้าพเจ้ายังไม่ได้รับการจ่ายชำระคืน
ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าการยื่นข้อมูลที่ทราบว่าเป็นเท็จเป็นความผิดอาชญากรรม ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจคำชี้แนะด้านหลัง
แบบฟอร์มนี้แล้ว

พิมพ์ชื่อลูกจ้าง _____ ลายเซ็นลูกจ้าง _____ วันที่ _____
F245-145-310 Travel Reimbursement Request (Thai) 09-2019

หลังจากการไปพบครั้งแรกสำหรับการเรียกร้องของท่าน ท่านจะขอเบิกคืนค่าใช้จ่ายเดินทางได้ในกรณีนี้:

- ได้รับอนุมัติจากผู้จัดการการเรียกร้องของท่าน และ
- ไปพบผู้ให้บริการที่อยู่ในเครือข่ายผู้ให้บริการ L&I Provider Network (อาจมีข้อยกเว้นได้ ให้ดูที่ลิงค์ข้างล่างนี้)

ข้อชี้แนะ: กรอกข้อมูลในแต่ละคอลัมน์

- **คอลัมน์ A:** วันที่ท่านเดินทาง (หนึ่งวันที่ต่อหนึ่งบรรทัด).
- **คอลัมน์ B:** ไส้รหัสหนึ่งรหัสต่อหนึ่งบรรทัด รายการรหัสให้ดูตามข้อมูลด้านล่าง
- **คอลัมน์ C:** เมืองที่ท่านออกเดินทางจาก
- **คอลัมน์ D:** เมืองที่ท่านเดินทางไปถึง
- **คอลัมน์ E:** ผู้ให้บริการที่ท่านเข้าพบและเหตุการณ์การเดินทาง
- **คอลัมน์ F:** จำนวนไมล์ที่ท่านเดินทางทั้งไปและกลับ
- **คอลัมน์ G:** จำนวนดอลลาร์ของแต่ละค่าใช้จ่าย (อาหาร, ที่พัก, ค่าธรรมเนียม, ค่าจอดรถ) หนึ่งค่าใช้จ่ายต่อหนึ่งบรรทัดเท่านั้น ท่านต้องแนบสำเนาใบเสร็จรับเงินทั้งหมดยกเว้นค่าที่จอดรถที่ต่ำกว่า 10 ดอลลาร์ ใบเสร็จรับเงินทั้งหมดจะต้องแจกรายการและอ่านออกได้ชัดเจน ใบเสร็จเครดิตการ์ดใช้ไม่ได้

รหัสการเดินทาง

ค่าใช้จ่าย	บริการทางการแพทย์	บริการอาชีวบำบัด	การฝึกอบรมซ้ำ
ระยะไมล์ของพาหนะส่วนตัว	0401A	V0028	0301R
ที่จอดรถ	0402A	0402A	0302R
ค่าธรรมเนียมผ่านสะพานหรือเรือเฟอร์รี่	0403A	0403A	0303R
การขนส่งพาณิชย์	0405A	0405A	0304R
แท็กซี่	0414A	0414A	ติดต่อที่ปรึกษาอาชีวบำบัดของท่าน
ที่พัก	0406A	0406A	ติดต่อที่ปรึกษาอาชีวบำบัดของท่าน
อาหารเช้า	0407A	0407A	ติดต่อที่ปรึกษาอาชีวบำบัดของท่าน
อาหารกลางวัน	0408A	0408A	ติดต่อที่ปรึกษาอาชีวบำบัดของท่าน
อาหารเย็น	0409A	0409A	ติดต่อที่ปรึกษาอาชีวบำบัดของท่าน

ลายเซ็น

- **การเข้าพบทางการแพทย์:** ผู้ให้บริการหรือเจ้าหน้าที่ที่ท่านเข้าพบต้องลงนามเพื่อรับรองวันที่เข้าพบในแต่ละครั้ง
- **บริการฝึกอบรมซ้ำและอาชีวบำบัด:** ผู้ให้คำปรึกษาด้านอาชีพของท่านจะต้องลงนามเพื่อรับรองวันที่ท่านเดินทางในแต่ละครั้ง
- **ลายเซ็นของลูกจ้าง:** ท่านต้องลงนามในแบบฟอร์มเพื่อขอเบิกคืนค่าใช้จ่าย

ตัวอย่าง

	A. วันที่ (เดินทางแต่ละ ครั้ง) ด/ว/ป	B. รหัสเดินทาง (หนึ่งรหัสต่อหนึ่ง บรรทัด – ดู ด้านหลัง แบบฟอร์ม)	C. จาก (เมือง)	D. ถึง (เมือง)	E. ชื่อผู้ให้บริการ & เหตุผลการเข้าพบ	F. จำนวนไมล์ (เดินทางไป- กลับ)	G. ต้นทุนค่าใช้จ่าย (พร้อมแนบ ใบเสร็จรับเงิน)
	08/08/2014	0401A	โอลิมเปีย	ซีแอตเทิล	นพ.สมิทธิ์; เข้าพบหลังผ่าตัด	120	
2.	08/08/2014	0402A					\$25.00

ต้องการค้นหาผู้ให้บริการเครือข่าย L&I (L&I Network Provider)?

ไปที่ Find-A-Doc ที่ www.FindADoc.Lni.wa.gov.

ต้องการความช่วยเหลือหรือข้อมูลเพิ่มเติม?

ไปที่ www.Lni.wa.gov และคลิกที่ tab ลูกจ้างที่ได้รับบาดเจ็บ (Injured Workers) หรือ โทร. หมายเลข 1-800-LISTENS.

ท่านสามารถอ่านข้อมูล Travel Expense WAC ฉบับสมบูรณ์ได้โดยไปที่ apps.leg.wa.gov/WAC/ และค้นหา WAC 296-20-1103