

Надсилайте поштою заповнені форми:

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



Запит на відшкодування дорожніх витрат

- Ви повинні мати попередній дозвіл від менеджера, що обробляє вашу заяву. Див. [WAC 296-20-1103](#).
- Прочитайте інструкції на звороті, перш ніж почати.
- Їдете на незалежне медичне обстеження? Знайдіть форму дорожню форму ІМЕ ([F245-224-000](#)) в Інтернеті на сайті www.Lni.wa.gov і клацніть Get a Form or Publication (Отримати форму або публікацію).

Інформація про працівника (друкованими літерами)

Ім'я (прізвище, ім'я, по батькові)			Заява №
Домашня адреса (не абонентська поштова скринька)			Дата травмування
Місто	Штат	Поштовий індекс	Номер телефону

Причина поїздки (позначте тільки один тип поїздки в одній формі)

- Візит до лікаря або лікування
 Послуги з професійної підготовки
 Відвідування занять із перепідготовки (додайте копію форми зобов'язання транспортування [\[F245-375-000\]](#), підписану вашим радником із професійної підготовки)

Корисна інформація – інструкція та приклад на звороті

Чи додали ви квитанції про витрати? Так Ні

	A. Дата (кожна поїздка) мм/дд/рррр	B. Код поїздки (по одному в рядку – див. зворот форми)	C. З (Місто)	D. До (Місто)	E. Ім'я постачальника та причина відвідування	F. Кількість миль (відстань туди й назад тільки за найкоротшим прямим маршрутом)	G. Сума витрат (додайте квитанції)
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							

Обов'язково: підпис постачальника або персоналу офісу, що перевірів ваше призначення.

1. _____	Дата	5. _____	Дата
2. _____	Дата	6. _____	Дата
3. _____	Дата	7. _____	Дата
4. _____	Дата		

Обов'язково: підпис працівника

Ці витрати пов'язані з заявою на відшкодування моїх працівників, і мені не надано відшкодування за них. Я розумію, що надання завідомо неправдивої інформації – це злочин. Я прочитав і розумію інструкції на звороті цієї форми.

Ім'я працівника друкуючими літерами

Підпис працівника

Дата

Після першого візиту за вашою заявою поїздка оплачується, тільки якщо ви:

- маєте дозвіл від свого менеджера, що обробляє заяву, і
- відвідуєте постачальника, який належить до мережі L&I Provider Network (можливі винятки, дивіться посилання нижче).

Інструкції: Заповніть кожний стовпець.

- **Стовпець А:** дата вашої поїздки (одна дата в рядку).
- **Стовпець В:** використовуйте тільки один код у кожному рядку. Коди перелічено нижче.
- **Стовпець С:** місто, з якого ви їхали.
- **Стовпець D:** місто, до якого ви їхали.
- **Стовпець Е:** постачальник, якого ви відвідували, і причина поїздки.
- **Стовпець F:** загальна кількість миль, які ви проїхали туди й назад.
- **Стовпець G:** сума кожної витрати в доларах (харчування, проживання, проїзд, паркування). Тільки одна витрата в кожному рядку. Ви повинні додати копії всіх квитанцій за паркування крім тих, що не перевищують \$10. Усі квитанції мають бути деталізовані й розбірливі. Квитанції для кредитної картки не приймаються.

Коди поїздок

Витрата	Медичні послуги	Послуги з професійної підготовки	Перепідготовка
Відстань, пройдена приватним автомобілем	0401A	V0028	0301R
Паркування	0402A	0402A	0302R
Плата за проїзд по мосту або на поромі	0403A	0403A	0303R
Комерційне перевезення	0405A	0405A	0304R
Таксі	0414A	0414A	Зв'яжіться із своїм консультантом із професійної підготовки
Проживання	0406A	0406A	Зв'яжіться із своїм консультантом із професійної підготовки
Сніданок	0407A	0407A	Зв'яжіться із своїм консультантом із професійної підготовки
Обід	0408A	0408A	Зв'яжіться із своїм консультантом із професійної підготовки
Вечеря	0409A	0409A	Зв'яжіться із своїм консультантом із професійної підготовки

Підписи

- **Медичні візити:** постачальник або персонал офісу, яких ви відвідали, повинні поставити підпис, щоб підтвердити кожен дату візиту.

- **Послуги професійної підготовки та перепідготовки:** ваш консультант із професійної підготовки повинен поставити підпис, щоб підтвердити кожну дату вашої поїздки.
- **Підпис працівника:** ви повинні підписати форму для відшкодування.

Приклад

	A. Дата (кожна поїздка) мм/дд/рррр	B. Код поїздки (по одному в рядку – див. зворот форми)	C. З (Місто)	D. До (місто)	E. Ім'я постачальника та причина відвідування	F. Кількість миль (туди й назад)	G. Сума витрат (додайте квитанції)
1.	08/08/2014	0401A	Олімпія	Сіетл	Д-р Сміт; післяопераційний візит	120	
2.	08/08/2014	0402A					\$25,00

Потрібно знайти поблизу постачальника, що належить до мережі L&I Network?

Перейдіть на сайт Find-A-Doc за адресою www.FindADoc.Lni.wa.gov.

Потрібна додаткова допомога чи інформація?

Перейдіть на сайт www.Lni.wa.gov і виберіть вкладку Injured Workers (Травмовані працівники) або зателефонуйте за номером 1-800-LISTENS.

Ви можете прочитати WAC для дорожніх витрат, відвідавши сайт apps.Leg.wa.gov/WAC/ і ввівши в пошук WAC 296-20-1103.