

Envíe los formularios completos por correo postal a:

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



Solicitud de reembolso por gastos de viaje

- Debe contar con una autorización previa de su administrador de reclamos. Consulte el [Código Administrativo de Washington \(Washington Administrative Code, WAC\) 296-20-1103](#).
- Lea las instrucciones que figuran al dorso antes de comenzar.
- ¿Debe viajar por un Examen Médico Independiente? Obtenga el formulario de viaje para un Examen Médico Independiente (Independent Medical Examination, IME) ([F245-224-000](#)) en línea en www.Lni.wa.gov y haga clic en Get a Form or Publication (Obtener formulario o publicación).

Información del trabajador (escriba con letra imprenta)

No. de reclamo

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)			Fecha de la lesión
Domicilio particular (sin apartado postal)			
Ciudad	Estado	Código postal	No. de teléfono:

Motivo del viaje (marque solo un tipo de viaje por formulario)

- Visita o tratamiento médicos Servicios vocacionales Asistencia a clase de reentrenamiento
(adjunte una copia del formulario Transportation Encumbrance (transporte de carga) [\[F245-375-000\]](#) firmado por su consejero vocacional)

Información del viaje (instrucción y ejemplo al dorso)

¿Adjuntó los recibos de los gastos? Sí No

	A. Fecha (por viaje) mm/dd/aaaa	B. Código del viaje (uno por renglón: ver al dorso)	C. Nombre del proveedor	D. Dirección de la cita	E. Cant. de millas (solo ida y vuelta por la ruta directa más corta)	F. Costo de gastos (adjunte recibos)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

Obligatorio: firma del proveedor o del personal de oficina para constatar su cita.

1.	Fecha	4.	Fecha
2.	Fecha	5.	Fecha
3.	Fecha		

Obligatorio: firma del trabajador

Dichos gastos están relacionados con mi reclamo de indemnización para trabajadores y aún no he recibido un reembolso por los gastos que incurrí. Entiendo que es un delito presentar información falsa de manera intencional. He leído y comprendo las instrucciones que figuran al dorso.

Nombre del trabajador en letra imprenta

Firma del trabajador

Fecha

Luego de la primera visita por su reclamo, se pagará el viaje solo si cumple con las siguientes condiciones:

- cuenta con una autorización previa de su administrador de reclamos y
- consulta a un proveedor que trabaja en la Red de Proveedores de L&I (Labor e Industrias) (se pueden aplicar ciertas excepciones. Consulte el enlace que figura a continuación).

Instrucciones: complete las columnas.

- **Columna A:** fecha en la que viajó (una fecha por renglón).
- **Columna B:** utilice solo un código por renglón. Los códigos se indican a continuación.
- **Columna C:** proveedor al que vio.
- **Columna D:** dirección a la que viajó.
- **Columna E:** número total de millas que recorrió de ida y vuelta.
- **Columna F:** cantidad expresada en dólares de los gastos (comida, alojamiento, transporte, estacionamiento). Solo un gasto por renglón. Debe adjuntar copias de todos los recibos, excepto gasto de estacionamiento menor a \$10. Todos los recibos deben estar detallados y deben ser legibles. No se aceptan recibos de tarjetas de crédito.

Códigos del viaje

Gastos	Servicios médicos	Servicios vocacionales	Reentrenamiento
Millas del vehículo privado	0401A	V0028	0301R
Estacionamiento	0402A	0402A	0302R
Peaje de puente y transbordador	0403A	0403A	0303R
Transporte comercial	0405A	0405A	0304R
Taxi	0414A	0414A	Comuníquese con su consejero vocacional
Alojamiento	0406A	0406A	Comuníquese con su consejero vocacional
Desayuno	0407A	0407A	Comuníquese con su consejero vocacional
Almuerzo	0408A	0408A	Comuníquese con su consejero vocacional
Cena	0409A	0409A	Comuníquese con su consejero vocacional

Firma

- **Consultas médicas:** el proveedor o el personal del consultorio al que acudió deben firmar para constatar la fecha de cada consulta.
- **Servicios vocacionales o de reentrenamiento:** su consejero vocacional debe firmar para constatar la fecha en la que viajó.
- **Firma del trabajador:** necesita firmar el formulario para recibir el reembolso.

Ejemplo

	A. Fecha (por viaje) mm/dd/aaaa	B. Código del viaje (uno por renglón: ver al dorso)	C. Nombre del proveedor	D. Dirección de la cita	E. Cant. de millas (solo ida y vuelta por la ruta directa más corta)	F. Costo de gastos (adjunte recibos)
1.	12 de diciembre de 2022	0401A	Dr. John Smith	123 Hospital Way SW Suite 200 Seattle WA 98101	120	
2.	12 de diciembre de 2022	0402A		123 Hospital Way SW Suite 200 Seattle WA 98101		\$25.00

¿Necesita un proveedor cerca de la red de L&I?

Diríjase a Find-A-Doc (Encontrar un médico) en www.Lni.wa.gov/FindADoc.

¿Desea obtener ayuda o más información?

Diríjase a www.Lni.wa.gov y haga clic en la pestaña Injured Workers (Trabajadores Lesionados) o llame al 1-800-LISTENS.

Puede leer todo el WAC para Gastos de Viaje si ingresa a apps.Leg.wa.gov/WAC/ y busca el WAC [296-20-1103](http://www.Lni.wa.gov/WAC/296-20-1103).