

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 en [WAC 296-20-1103](http://WAC 296-20-1103).
- Lea las instrucciones al dorso de esta página antes de comenzar.
- ¿Tiene que viajar para un Examen Médico Independiente (Independent Medical Examination, IME)? Obtenga el formulario de Solicitud para el Reembolso de Gastos de Viaje y Salario para IME ([F245-224-999](http://F245-224-999)) en línea en [www.Lni.wa.gov/Spanish](http://www.Lni.wa.gov/Spanish) y haga clic en Obtenga un formulario o publicación.

<b>Información del trabajador (por favor escriba con letra imprenta)</b>			Núm. de reclamo
Nombre (apellido y nombres completos)			Fecha de la lesión
Domicilio particular (no apartado postal)			
Ciudad	Estado	Código postal	Núm. 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 de transporte de carga [[F245-375-000](http://F245-375-000)] firmado por su consejero vocacional) (en inglés solamente)

**Información del viaje (instrucción y ejemplo al dorso)**

¿Adjuntó los recibos de los gastos?       Sí       No

	A. Fecha (cada viaje) mes/día/año	B. Código del viaje (uno por renglón: ver al dorso)	C. Origen (Ciudad)	D. Destino (Ciudad)	E. Nombre del proveedor y motivo de la visita	F. Núm. de millas (de ida y vuelta por ruta directa más corta)	G. Costo de gastos (adjunte recibos)
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							

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

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

**Obligatorio: firma del trabajador**

Estos gastos están relacionados con mi reclamo de compensación para trabajadores y aún no he recibido un reembolso por los mismos. Entiendo que es un delito presentar información falsa de manera intencional. He leído y comprendo las instrucciones al dorso de esta página.

Nombre del trabajador en letra imprenta	Firma del trabajador	Fecha
_____	_____	_____

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

- cuenta con una autorización previa de su gerente de reclamos y
- consulta a un proveedor de la Red de Proveedores de L&I (se aplican ciertas excepciones. Consulte el enlace que figura a continuación).

**Instrucciones: complete cada columna**

- **Columna A:** fecha en la que viajó (una fecha por renglón)
- **Columna B:** utilice solo un código por renglón. Los códigos figuran a continuación
- **Columna C:** ciudad desde la que viajó
- **Columna D:** ciudad a la que viajó
- **Columna E:** proveedor al que consultó y motivo del viaje
- **Columna F:** cantidad total de millas que recorrió de ida y vuelta
- **Columna G:** 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**

Gasto	Servicios médicos	Servicios vocacionales	Reentrenamiento
Millas en 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

**Firmas**

- **Visitas médicas:** el proveedor al que consultó o el personal de oficina deben firmar para verificar la fecha de cada visita.
- **Servicios vocacionales o de reentrenamiento:** su consejero vocacional debe firmar para que podamos constatar cada fecha en la que viajó.
- **Firma del trabajador:** usted debe firmar el formulario para recibir el reembolso.

**Ejemplo**

	A. Fecha (cada viaje) mes/día/año	B. Código del viaje (uno por renglón: ver al dorso)	C. Origen (Ciudad)	D. Destino (Ciudad)	E. Nombre del proveedor y motivo de la visita	F. Núm. de millas (de ida y vuelta por ruta directa más corta)	G. Costo de gastos (adjunte recibos)
1.	08/08/2014	0401A	Olympia	Seattle	Dr. Smith; visita posquirúrgica	120	
2.	08/08/2014	0402A					\$25.00

**¿Necesita buscar un proveedor en la Red de Proveedores de L&I cercano a usted?**

Vaya a Busque un doctor en [www.Lni.wa.gov/Spanish/claimsIns/Claims/FindaDoc](http://www.Lni.wa.gov/Spanish/claimsIns/Claims/FindaDoc).

**¿Desea obtener ayuda o más información?**

Vaya a [www.Lni.wa.gov/spanish](http://www.Lni.wa.gov/spanish) y haga clic en **Para Trabajadores** o llame al 1-800-547-8367.

Puede leer todo el Código Administrativo de Washington para Gastos de Viaje (Travel Expense WAC) si ingresa a [apps.Leg.wa.gov/WAC/](http://apps.Leg.wa.gov/WAC/) e inicia la búsqueda de WAC 296-20-1103 (en inglés solamente).