|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Department of Labor and Industries  Claims  PO Box 44291  Olympia WA 98504-4291  Envíe directamente a su archivo de reclamo la solicitud completa por fax al 360-902-4567. | **state seal** | **Solicitud para adaptaciones previas al trabajo** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Worker Name | Job Goal | Número(s) de reclamo(s) |

Envíe esta solicitud si se cumplen ***todos*** los criterios siguientes::

* Usted tiene un reclamo de los fondos estatales.
* Su reclamo está abierto o es una pensión establecida por ley.
* El equipo se adapta a las restricciones impuestas por la(s) afección(es) aceptada(s) en su reclamo.
* El proveedor principal (AP) ha verificado que el/los artículo(s) solicitado(s) es/son médicamente necesario(s) para la(s) afección(es) aceptada(s).
* No existe ninguna relación entre el empleado y el empleador.
* La solicitud no excede el beneficio máximo de $5,000 (combinado con aprobaciones previas o el beneficio para modificación en el trabajo).
* Los artículos solicitados no están más allá de lo necesario o son para su conveniencia.You have a state fund claim.   
   **y**
* Los artículos son necesarios para: (marque la opción que se aplique)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Plan de capacitación** | **U** | **Objetivo laboral** |
| * Participar en un plan de capacitación, **y** * El lugar de capacitación no puede brindar las adaptaciones solicitadas. |  | * Desempeñar funciones esenciales en un trabajo de acuerdo con la recomendación de una evaluación vocacional o un plan (casi) terminado  **y** * El mercado laboral resulta positivo con modificaciones y al presente no proporciona el/los artículo(s) solicitado(s). |

**Documentos requeridos que necesitan adjuntarse:**

1. Declaración del proveedor principal (AP) sobre la necesidad médica para cada artículo solicitado.
2. Informe de la consulta y/o informe narrativo de 1 página.
3. Oferta del vendedor (incluir una segunda oferta si un artículo individual incluyendo impuestos, embarque y entregas supera los $2,500).
4. *Acuerdo de propiedad de las adaptaciones previas al trabajo* firmado (3ra. página de este formulario).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indique el equipo específico, la capacitación y las herramientas solicitadas:** | | | | | |
| **Itemization of Costs:** | |  | **Información del vendedor (uno por solicitud)** | | |
| Equipo/herramientas/otros: | $0.00 |  | Nombre del vendedor | | Número de proveedor de L&I |
| Ensamblaje, instalación y entrega: | $0.00 |  | Dirección | | Número de teléfono |
| Impuesto: | $0.00 |  | Ciudad | Estado | Código postal |
| **Total:** | $0.00 |  | Se necesita un Número de proveedor de L&I para el pago. Comuníquese con Provider Credentialing (Acreditación de proveedores) al (360) 902-5140 para mayor información.  Envíe su factura en el formulario de Declaración de servicios de capacitación y modificación de trabajo *(* F245-030-999). Utilice el código de procedimiento **0385R.**  Incluya su factura y una copia de este formulario de solicitud aprobado. | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Solicitado por | | | | Nombre de la empresa | | |
| Número de proveedor de L&I (si está presente) | | | Número de teléfono | | Número de fax | |
| Fecha | | | | Firma del solicitante | | |
| **L&I Use Only** | Approved | Approved with Modifications: | | | | Disapproved |
| Total Amount Approved | | | Date | | Signature Authority | |

**Acuerdo de propiedad para la adaptación previa al trabajo**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del trabajador: | Números de reclamo: |
| Objetivo laboral para regresar al trabajo: | |

**Objetivo requerido para regresar al trabajo (RTW)**

* Esta adaptación se relaciona con los requisitos que estableció mi proveedor de atención médica para que esté autorizado a regresar al trabajo.
* Seré propietario de estos artículos hasta que esté autorizado a regresar al trabajo, según lo determina L&I (Labor e Industrias).

**Requerimiento para participar en un plan de nueva capacitación**

|  |  |
| --- | --- |
| Fechas del plan: |  |

* Esta adaptación se relaciona con los requisitos que estableció mi proveedor de atención médica para que pueda participar en mi plan de nueva capacitación.
* Estos artículos seguirán siendo propiedad de L&I durante mi plan de nueva capacitación.
* El permiso para utilizar estos artículos se basa en la participación cooperativa en mi plan de nueva capacitación y puede ser revocado en cualquier momento mientras L&I siga siendo el propietario.
* Haré todo lo que esté a mi alcance para conservar estos artículos seguros y libres de daños.
* Seré propietario de estos artículos hasta que logre terminar el plan de nueva capacitación, según lo determina L&I.

**Política de devolución**

* Si no utilizo estos artículos en mi objetivo para regresar al trabajo (Return-to-Work, RTW), si mi plan de nueva capacitación falla, si selecciono la Opción 2 o si mi asesor o L&I me informan que este equipo debe ser devuelto por cualquier motivo, lo devolveré de inmediato.
* Me comunicaré con L&I y haré los arreglos para devolver el equipo al centro de servicio de L&I más cercano.

Entiendo el acuerdo, según se muestra más arriba, y estoy dispuesto a cumplir con los términos.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma del trabajador |  | Fecha |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma del testigo |  | Fecha |

**Inventario:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Artículo** | **Marca/fabricante** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |