ESTADO DE WASHINGTON

DEPARTMENT OF LABOR AND INDUSTRIES

Insurance Services - Health Services Analysis - PO Box 44261, Olympia, WA 98504-4261

Estimado proveedor:

Agradecemos su interés en proporcionar servicios a nuestros trabajadores que son contratados por una empresa del estado de Washington. Esta solicitud es para proveedores fuera del país.

Para recibir un pago, el proveedor debe tener un número de cuenta de proveedor activo. **Para presentar la solicitud, tendrá que completar y enviar los siguientes formularios:**

- ☐ Una solicitud Out-of-Country Provider Account (Cuenta como Proveedor Fuera del País) (F248-361-000)
- ☐ Una copia firmada del Provider Agreement (Acuerdo del Proveedor) (página 4)
- ☐ Un formulario Out-of-Country Statewide Payee Registration (Registro de Beneficiario Estatal Fuera del País) (F248-369-000)

  Nota:

  - L&I (Labor e Industrias) no aceptará ningún formulario con información tachada ni corregida con corrector.
  - El nombre legal y la dirección de pago del paso 1 debe coincidir con el nombre legal de los formularios W-8BEN y la dirección de pago de la sección A de la solicitud de cuenta como proveedor fuera del país.
- ☐ Alguno de los siguientes formularios W-8BEN:
  - **Los proveedores individuales** deben llenar el **formulario W-8BEN** (adjunto) ***o***
  - **W-8BEN-E**: para **hospitales, instalaciones o clínicas** que reciben un pago.
    - Para descargar y llenar este formulario, visite https://lni.wa.gov/patient-care/provider-accounts/become-a-provider/#out-of-country-provider-application.
- ☐ Una copia de su licencia o certificación requerida por las regulaciones de salud de su país

¿Qué sigue?

Después de procesar su solicitud, le enviaremos una carta de bienvenida con su número de cuenta de proveedor de L&I. Ese es el número que tendrá que usar al facturarle a L&I.

¿Necesita más información? Contacto:

- Si tiene alguna pregunta sobre cuentas y credenciales para proveedores, envíe un correo electrónico a: PACMail@Lni.wa.gov.
- Si tiene alguna pregunta sobre la facturación y el pago, envíe un correo electrónico a: ForeignProviders@Lni.wa.gov.
- Para obtener información adicional sobre los proveedores, incluida la versión actualizada de las reglas de asistencia médica y la lista de tarifas (Medical Aid Rules and Fee Schedule, MARFS), visite www.Lni.wa.gov/FeeSchedules.
- Para obtener información relacionada con la facturación electrónica, visite www.Lni.wa.gov/ElectronicBilling.

Atentamente, Unidad de Cuentas y Credenciales para Proveedores

EMPEZAR DE NUEVO

Instrucciones de la solicitud

A continuación se describe la información que necesita proporcionar en cada sección de la solicitud de proveedor fuera del país.

A. Información de cuenta y facturación

1. Nombre del negocio que usará al facturarle a L&I.
2. Número de teléfono del negocio en el que nos podamos comunicar con usted si tenemos alguna pregunta sobre las facturas.
    - Incluya el código de su país (código de área).
3. Número de fax del negocio al que podamos enviarle información por fax si es necesario.
    - Incluya el código de su país (código de área).
4. Dirección del negocio (dirección física de su negocio). No puede ser un apartado postal.
5. Dirección de pago en la que desea recibir los pagos.
6. Nombre, número de teléfono y dirección de correo electrónico de la persona de contacto en donde podemos comunicarnos con usted con respecto a su cuenta o sus facturas.

B. Información del proveedor individual o la organización

1. Nombre del proveedor: apellido y nombre o nombre de la instalación.
2. Especialidad o servicios proporcionados: el tipo de servicios que proporciona el proveedor o la organización.
3. Número de licencia profesional del proveedor o la instalación.
    - **Proveedores: adjunte una copia de su licencia a la solicitud.**
    - **Instalaciones: adjunte una copia de la licencia, la certificación o la acreditación de la instalación.**
4. Fecha de emisión de la licencia: la fecha en la que se emitió su licencia.
5. Fecha de vencimiento de la licencia: la fecha en que vence su licencia.
6. País en el que se emitió su licencia.

C. Información sobre la especialidad del proveedor

1. Marque una de las especialidades o los servicios que proporciona.
2. Otra información sobre la especialidad: escriba aquí cualquier información adicional sobre sus especialidades o servicios.

D. Página del Acuerdo del Proveedor

1. Lea y firme la página del acuerdo del proveedor (página 4).

Washington State Department of Labor & Industries

Solicitud de cuenta como proveedor fuera del país

Envié las solicitudes llenadas por correo postal o por fax:

Fax: 360-902-4484

Provider Accounts & Credentialing
PO Box 44261
Olympia WA 98504-4261
United States of America

Para uso de L&I únicamente– Número de cuenta del proveedor

A. Información de cuenta y facturación

1. Nombre del negocio	2. Número de teléfono del negocio		3. Número de fax del negocio
4. Dirección del negocio			
Dirección del negocio línea 2			
Ciudad/Pueblo/Provincia	Estado	Código Postal	País
5. Dirección de pago			
Dirección de pago línea 2			
Ciudad/Pueblo/Provincia	Estado	Código Postal	País
6. Nombre de la persona de contacto de facturación	Número de teléfono (incluya el código de área del país)		Dirección de correo electrónico

B. Información del proveedor individual o la instalación – adjunte copia de su licencia o certificación

1. Nombre del proveedor (apellido, nombre y segundo nombre)	2. Especialidad o servicios proporcionados
3. Número de licencia profesional	4. Fecha de emisión de la licencia
5. Fecha de vencimiento de la licencia	6. País

C. Información de la especialidad del proveedor – Marque una de las especialidades o los servicios que proporciona.

☐ Hogar familiar para adultos	☐ Ambulancia	☐ Centro quirúrgico ambulatorio
☐ Enfermero registrado de práctica avanzada	☐ Audiólogo	☐ Asistente de enfermero registrado certificado
☐ Quiropráctico	☐ Dentista	☐ Tratamiento de drogas y alcohol
☐ Proveedor de equipo médico duradero	☐ Programa de lesiones de cabeza	☐ Primer asistente de enfermero registrado
☐ Intérprete	☐ Instalaciones de laboratorio	☐ Terapeuta de masajes con licencia
☐ Asilo de ancianos	☐ Terapeuta ocupacional	☐ Óptico
☐ Optometrista	☐ Médico osteópata	☐ Fisioterapia
☐ Médico	☐ Protesista u ortopedista	☐ Hospital psiquiátrico
☐ Psicólogo	☐ Hospital	☐ Enfermero registrado
☐ Otro: _____		

Otra información sobre la especialidad:

EMPEZAR DE NUEVO

D. Acuerdo del proveedor – Usted debe firmar la parte inferior de esta página.

Leí, entiendo y acepto lo siguiente:

Aptitud de servicio

- Acepto cumplir y mantener todos los requisitos de la licencia o certificación.
- Certifico que actualmente tengo una buena salud mental.
- Certifico que no tengo ninguna discapacidad debido al abuso o dependencia de sustancias químicas.
- Certifico que no tengo ningún antecedente relacionado con una pérdida de la licencia, certificación o registro.
- Certifico que no tengo pérdida ni limitación de privilegios.
- Certifico que no tengo ninguna condena por delitos graves.

Mantenimiento de la cuenta

- Certifico que la información que proporciono en esta solicitud es correcta.
- Acepto notificar inmediatamente por escrito a L&I sobre cualquier cambio en la información de esta solicitud, incluido, entre otros, el estado del proveedor (por ejemplo: la licencia, la certificación, el registro, acciones disciplinarias o la limitación de privilegios); y las direcciones físicas o de facturación.
- Comprendo que L&I se reserva el derecho a negar, revocar, suspender o imponer condiciones a mi autorización para tratar a los trabajadores o las víctimas de delitos conforme a la legislación del estado de Washington.

Facturación

- Estoy de acuerdo en aceptar el pago del departamento o el autoasegurador como una remuneración única y completa por los servicios proporcionados al trabajador conforme al Código Administrativo de Washington (Washington Administrative Code, WAC) 296-20-020.
- Entiendo que la compensación para víctimas de delitos es secundaria a cualquier seguro público o privado que la víctima pueda tener.
- Acepto facturar al departamento o al autoasegurador conforme a las políticas de las reglas de asistencia médica y las listas de tarifas (MARFS).
- Acepto facturar mi tarifa usual y habitual al departamento o al autoasegurador.
- Certifico que todos los servicios proporcionados están relacionados con una lesión industrial, una enfermedad ocupacional o una lesión cubierta por la Ley de Víctimas del Delito.
- Acepto no facturar al trabajador o la víctima del delito la diferencia entre la cantidad facturada y la cantidad pagada.
- Acepto no facturar al trabajador o la víctima del delito la diferencia entre mi tarifa habitual y la lista de tarifas del departamento.

Declaración de acuerdo del proveedor

Yo (el proveedor/el negocio/el representante de la empresa) _____, acepto apegarme a los términos de este acuerdo y a todos los estatutos, las reglas y las políticas pertinentes federales y del estado de Washington. Adjunté a mi solicitud toda la información de respaldo necesaria para establecer una cuenta de proveedor, incluidas las copias correspondientes de mis licencias y certificaciones actuales.

Firma	Cargo	Fecha

EMPEZAR DE NUEVO

Registro de beneficiario estatal
Solo para proveedores fuera del país
Washington State Department of Labor and Industries
(Departamento de Labor e Industrias del Estado de Washington)

Lea las siguientes instrucciones antes de completar el formulario:

- El nombre legal debe coincidir en todos los formularios.
- Use **tinta azul oscura** o **negra** para firmar y llenar los formularios a mano.
- Llene **todas las páginas** de este formulario en su totalidad, incluso si alguna información no ha cambiado.

Número de proveedor estatal (si se conoce):

Si conoce su número de proveedor estatal, escríbalo aquí: Proveedor estatal (SWV)

PASO 1: Escriba la información sobre el beneficiario y la persona de contacto

Nombre legal del beneficiario	**Número de Seguro Social (SSN) O Número de Identificación Patronal (EIN)**
Nombre de la empresa, si es diferente del nombre legal de arriba, por ejemplo, nombre comercial (DBA)	**Persona de contacto**
Dirección de pago (número, calle y número de apartamento o suite, o apartado postal o ruta rural)	**Número de teléfono de contacto (incluya la extensión)**
Ciudad o pueblo, estado o provincia y código postal, cuando corresponda	**Número de fax de la persona de contacto**
Correo electrónico para recibir el número de proveedor estatal y las notificaciones de pago	**For L&I Use Only:** **2350 / MIPS / Y /**
Tipo de empresa (si es sin fines de lucro o exenta de impuestos, envíe su carta de determinación)	**L&I # / System / Ownership / L&I Provider #**

PASO 2: Seleccione la opción de pago:

☐ Cheque por correo de los Estados Unidos (cancela cualquier información bancaria anterior en archivo) **O** ☐ tarjeta de débito

For L&I Use Only (Debit Card option)

Financial Institution Name – must be a US institution	**Financial Institution Phone Number**
Routing Number	**Account Number**

This account is: ☐ Checking or ☐ Savings (will default to checking if no option is selected)

Account Type: ☐ PPD (Personal) or ☐ CCD (Corporate/Business)

Autorización para tarjeta de débito/depósito directo:

Por el presente instrumento, autorizo y solicito a la Oficina de Gestión Financiera (Office of Financial Management, OFM) y a la Oficina del Tesorero del Estado (Office of the State Treasurer, OST) que inicien los abonos para los pagos de los beneficiarios en la cuenta indicada anteriormente, y que la institución financiera mencionada está autorizada a acreditar dicha cuenta. Me comprometo a cumplir las normas de la Asociación Nacional de Compensación Automatizada (National Automated Clearing House Association, NACHA) con respecto a estos abonos. De conformidad con las normas de la NACHA, es posible que la OFM y la OST puedan iniciar una entrada de reversión para retirar una entrada duplicada o errónea que hayan iniciado previamente. Entiendo que si se requiere una acción de reversión, la OFM notificará a esta oficina el error y la razón de la reversión. Esta autoridad continuará hasta el momento en que la OFM y la OST hayan tenido una oportunidad razonable de actuar, mediante previa solicitud por escrito, para terminar o cambiar el servicio de depósito directo iniciado en el presente documento.

Representante autorizado (escriba con letra de molde): No debe ser firmado por su institución financiera.	Cargo
FIRMA del representante autorizado	Fecha

No se aceptarán sellos o firmas electrónicas.

EMPEZAR DE NUEVO

Instrucciones para el Registro de beneficiario estatal
Formulario para proveedores que están fuera del país

El término "beneficiario" se refiere a un individuo o empresa que recibirá pagos del Estado de Washington. Este formulario tiene por objeto que los beneficiarios lo usen para registrarse en el estado de Washington, indiquen cómo desean recibir los pagos y cambien su información de registro.

Para un pronto pago, es importante que recibamos información completa y precisa.

Debemos devolver cualquier formulario que no esté completo, así que asegúrese de leer y seguir estas instrucciones cuidadosamente.

Asegúrese de llenar **TODO el formulario,** incluso si solo va a cambiar un elemento. Esto nos ayudará a mantener su cuenta actualizada y correcta. Si conoce su número de vendedor estatal (SWV), escríbalo en la línea indicada del formulario.

Paso 1: Beneficiario e información de contacto

- **Nombre legal del beneficiario** : **Debe coincidir con su nombre legal** en la solicitud de cuenta de proveedor (y en el formulario de autorización de método de pago si se registra para una tarjeta de débito).
- **Nombre del negocio:** "nombre comercial con el que opera". Escríbalo solo si es diferente del nombre legal.
- **Dirección de pago:** Debe coincidir con su nombre legal en la solicitud de cuenta de proveedor (y en el formulario de autorización de método de pago si se registra para una tarjeta de débito). Escriba solo una (1) dirección.
- **Correo electrónico de la persona de contacto:** Escriba la dirección de correo electrónico que podamos usar para comunicarnos con usted.
- **Persona de contacto:** La persona a la que podemos contactar con preguntas sobre su registro.
- **Número de teléfono de contacto:** Número de teléfono de la persona de contacto.
- **Número de fax de contacto:** Número de fax de la persona de contacto.
- **Tipo de empresa:** Escriba la ocupación principal del beneficiario.

Paso 2: Opciones de pago

Los pagos se enviarán por el correo de los Estados Unidos. Solo para proveedores en México: Indique si prefiere recibir el pago por medio del correo de los Estados Unidos o por tarjeta de débito. Si no se selecciona ninguna opción, los pagos se harán de manera predeterminada mediante un cheque enviado por el servicio postal de los Estados Unidos.
Nota: Los hospitales, las instalaciones y clínicas no son elegibles para la opción de tarjeta de débito.

Paso 3: Formulario W8-BEN para proveedores individuales

El formulario W-8BEN es necesario *para procesar su registro y verificar cualquier cambio en su cuenta.*
Nota: Los hospitales, las instalaciones y las clínicas deben completar el formulario W-8BEN-E.

Parte I: Identificación del propietario beneficiario

1. Nombre del individuo/propietario beneficiario: **Debe coincidir con su nombre legal** en la solicitud de cuenta de proveedor (y en el formulario de autorización de método de pago, si se registra para una tarjeta de débito).
2. País de ciudadanía
3. Dirección de residencia permanente: Ingrese su dirección de pago. **Debe coincidir con su nombre legal** en la solicitud de cuenta de proveedor (y en el formulario de autorización de método de pago si se registra para una tarjeta de débito).
4. Dirección postal, ciudad, estado y código postal
5. Número de identificación del contribuyente de los Estados Unidos (SSN o Número de identificación personal del contribuyente [Individual Taxpayer Identification Number, ITIN]), si corresponde.
6. Número de identificación fiscal en el extranjero, si corresponde
7. Número de referencia, si corresponde
8. Fecha de nacimiento (**obligatorio**)

Parte II - Reclamo de beneficios del tratado fiscal

9. País, (p. ej., México, Jamaica)
10. Párrafo del artículo y la retención (Artículo 7, 0 %).

Parte III: Certificación

11. **Firme y coloque la fecha** en el Registro de beneficiario estatal y en el formulario W-8BEN

Paso 4: Envíe los formularios completados por uno de los siguientes medios:

Fax: 360-902-4484	**Por correo**: Provider Accounts & Credentialing PO Box 44261 Olympia, WA 98504-4261 United States of America

Si tiene preguntas, comuníquese con Cuentas y Credenciales de Proveedores. Envíe un correo electrónico a PACMail@Lni.wa.gov o llame al 360-902-5140 y seleccione la opción 4.

Formulario

W-8BEN

(Rev. julio de 2017)

Departamento del Tesoro
Servicio de Impuestos Internos

Certificado de condición de extranjero del propietario beneficiario a efectos de retención de impuestos y reporte en los Estados Unidos (particulares)

▶ **Para uso de particulares. Las organizaciones deben utilizar el formulario W-8BEN-E.**
▶ **Visite *www.irs.gov/FormW8BEN* para obtener instrucciones y la información más reciente.**
▶ **Entregue este formulario al agente de retención o pagador. No lo envíe al IRS.**

OMB N.º 1545-1621

NO utilice este formulario si:	**En su lugar, utilice el formulario:**
• usted NO es un particular	W-8BEN-E
• Es ciudadano estadounidense o una persona estadounidense, incluido un extranjero residente	W-9
• Es un propietario beneficiario que alega que los ingresos están efectivamente vinculados con la realización de un negocio o actividad comercial en los Estados Unidos (en tanto no sean servicios personales)	W-8ECI
• Es un propietario beneficiario que recibe una compensación por servicios personales prestados en los Estados Unidos	8233 o W-4
• Usted actúa como intermediario	W-8IMY

Nota: Si usted es residente en una jurisdicción asociada de la Ley de Cumplimiento Tributario de Cuentas Extranjeras (Foreign Account Tax Compliance Act, FATCA) (es decir, una jurisdicción de la Auditoría con grado de inversión [Investment-Grade Audit, IGA] Modelo 1 con reciprocidad), se le puede brindar cierta información impositiva de su cuenta a su jurisdicción de residencia.

Sección I Identificación del propietario beneficiario (consulte las instrucciones)

1 Nombre del particular que es el propietario beneficiario

2 País de ciudadanía

3 Domicilio de residencia permanente (calle, n.° de apartamento o suite, o ruta rural). **No utilice una casilla postal ni un domicilio provisorio.**

Ciudad o pueblo, estado o provincia. Incluya el código postal, si corresponde.

País

4 Dirección postal (en caso de ser distinta)

Ciudad o pueblo, estado o provincia. Incluya el código postal, si corresponde.

País

5 Número de identificación fiscal del contribuyente en los Estados Unidos (Número de Seguro Social [Social Security number, SSN] o Número de Identificación Personal del Contribuyente [Individual Taxpayer Identification Number, ITIN]), si se requiere (consulte las instrucciones)

6 Número de identificación fiscal en el extranjero (consulte las instrucciones)

7 Número(s) de referencia (consulte las instrucciones)

8 Fecha de nacimiento (MM-DD-AAAA) (consulte las instrucciones)

Sección II Solicitud de admisión a beneficios del tratado impositivo (para fines del Capítulo 3 exclusivamente) (consulte las instrucciones)

9 Certifico que el propietario beneficiario es un residente de _____ según el significado del tratado sobre impuesto a las ganancias celebrado entre los Estados Unidos y ese país.

10 **Tasas y condiciones especiales** (si corresponde; consulte las instrucciones): El propietario beneficiario alega estar sujeto a las disposiciones del Artículo y párrafo _____ del tratado identificado arriba en la línea 9 para reclamar una tasa de retención del _____% sobre (especifique el tipo de ingreso): _____ .
Explique las condiciones adicionales en el Artículo y párrafo que el propietario beneficiario cumple para ser elegible para la tasa de retención: _____

Sección III Certificación

Bajo pena de perjurio, declaro que he revisado la información de este formulario y que, a mi leal saber y entender, es fidedigna, correcta y está completa. Asimismo, certifico bajo pena de perjurio que:

- Soy el propietario beneficiario (o estoy autorizado para firmar en representación del beneficiario) de todos los ingresos a los cuales se refiere este formulario o estoy usando este formulario para hacer constar tal capacidad conforme a los efectos del capítulo 4.
- La persona mencionada en la línea 1 de este formulario no es de nacionalidad estadounidense.
- Los ingresos a los que se refiere este formulario:
  (a) no están efectivamente relacionados con la realización de un negocio o actividad comercial en los Estados Unidos;
  (b) están efectivamente relacionados pero no están sujetos a impuestos conforme a un tratado sobre impuesto a las ganancias;
  (c) corresponden a la participación de un socio en los ingresos efectivamente relacionados con la sociedad.
- La persona mencionada en la línea 1 de este formulario reside en el país del tratado que se indica en la línea 9 del formulario (si hubiese), según el significado del tratado fiscal de ingresos celebrado entre los Estados Unidos y ese país.
- En el caso de transacciones de agentes o permutas, el propietario beneficiario es una persona extranjera exenta según se define en las instrucciones.

Además, autorizo que se entregue el presente formulario a cualquier agente de retención que controle, reciba o custodie los ingresos de los cuales soy el propietario beneficiario, o a cualquier agente de retención que pueda realizar desembolsos o efectuar pagos de los ingresos de los cuales soy el propietario beneficiario. **Acepto que presentaré un formulario nuevo en un plazo de 30 días si alguna certificación realizada en este formulario resulta incorrecta.**

Firme aquí ▶

Firma del propietario beneficiario (o persona autorizada a firmar por el propietario beneficiario)

Fecha (mes-día-año)

Nombre del firmante en letra de imprenta

Calidad en que actúa (si el formulario no lleva la firma del propietario beneficiario)