



Número de teléfono: 360-902-6101

El trabajador lesionado debe tener por lo menos 50 años de edad o más, debieron haber transcurrido por lo menos ciento ochenta (180) días desde que el Departamento de Labor e Industrias recibió el reclamo y la orden autorizando el reclamo debe ser final y obligatoria.

Por favor complete este formulario y envíelo a la dirección indicada arriba o por fax al 360-902-5285.

Información del trabajador lesionado:

Nombre del trabajador lesionado (si es diferente al solicitante):

Representante legal del trabajador lesionado (si se aplica):

Información del empleador:

Nombre del empleador (si es diferente al solicitante):

Representante legal del empleador (si se aplica):

Administrador de terceros (si se aplica):

Información del solicitante:

Trabajador lesionado Empleador Representante del empleador

Nombre:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número de teléfono:

Número de reclamo del trabajador lesionado:

Por favor explique por qué se está solicitando una liquidación e incluya la documentación adicional que no esté dentro del archivo de su reclamo (si es necesario adjunte hojas adicionales).

Firma:

Fecha de la firma: