



Solicitud para el reembolso de gastos de viaje

- **Lea las instrucciones en la parte de atrás antes de comenzar.**
- **¿Gastos de viaje para un Examen Médico Independiente? Solicite el formulario para el reembolso de gastos de viaje para IME (F245-224-999).**

Información del trabajador (Por favor escriba en letra de imprenta)

Nombre (Apellido, Primer nombre, Inicial del segundo nombre)			No. del reclamo
Dirección residencial (no un apartado postal)			Fecha de la lesión
Ciudad		# de apartamento	No. de Seguro Social (sólo para identificación)
Estado	Código Postal	No. de teléfono	

Razón del viaje: (marque uno)

- Visita médica o tratamiento
- Servicios vocacionales
- Asistir a una clase de reentrenamiento (adjunte una copia del formulario de pago disponible para transportación, en inglés: Transportation Encumbrance form)

Información del viaje – Hay instrucciones y un ejemplo en la parte de atrás.

A. Fecha (de cada viaje) Mes/día/año	B. Código de viaje (uno por línea – vea el reverso del formulario)	C. Desde (ciudad donde vivía)	D. Hasta (ciudad)	E. Nombre del proveedor y razón de la visita	F. No. de millas (viaje de ida y vuelta)	G. Gastos (uno por línea)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						

Requerida: Firma de la persona que visitó.

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

Requerida: Firma del trabajador

Estos gastos están relacionados con mi reclamo de compensación al trabajador y no he sido reembolsado por ellos.
 Entiendo que es un crimen someter información falsa. He leído y entiendo las instrucciones al reverso de este formulario.

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

Instrucciones: complete cada columna.

- **Columna A:** Fecha del viaje (escriba una fecha por línea).
- **Columna B:** Use solamente un código por línea. Los códigos están listados abajo.
- **Columna C:** Ciudad en la que vivía en la fecha del viaje.
- **Columna D:** Ciudad a la que viajó.
- **Columna E:** Proveedor que visitó y la razón del viaje.
- **Columna F:** Número total de millas que viajó de ida y vuelta.
- **Columna G:** Escriba la cantidad en dólares de cada gasto (comida, alojamiento, pasaje, estacionamiento). Solo un gasto por línea. Los gastos de estacionamiento menores de \$10 no necesitan recibo. Usted debe adjuntar copias de todos los recibos. Todos los recibos deben ser detallados y legibles. No se aceptan comprobantes de tarjetas de crédito.

Códigos de viaje

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

Firmas

Visitas médicas: La persona que visitó debe firmar para verificar cada fecha de visita.

Servicios vocacionales y de reentrenamiento: Su Consejero vocacional debe firmar para verificar cada fecha de viaje.

Firma del trabajador: Usted necesita firmar el formulario para reembolso.

Ejemplo

A. Fecha (cada viaje) mes/día/año	B. Código de viaje (uno por línea)	C. Desde (ciudad donde vivía)	D. Hasta (ciudad)	E. Nombre del proveedor y razón de la visita	F. No. de millas (ida y vuelta)	G. Gastos (uno por línea)
1. 03/05/2009	0401A	Olympia	Seattle	Dr. Smith; visita postoperatoria	120	
2. 03/05/2009	0402A					\$15.00

¿Necesita más ayuda o más información?

Vaya a <http://www.lni.wa.gov/Spanish> y haga clic en Para trabajadores o llame al 1-800-547-8367.

O vea WAC (Código Administrativo de Washington) 296-20-1103.

¿Necesita más formularios? Vaya a www.Lni.wa.gov/Spanish y haga clic en Obtenga un formulario o publicación.