**Board of Industrial Insurance Appeals**

**Solicitud para Acomodación**

**2430 Chandler Court SW**

**PO Box 42401**

**Olympia, WA 98504-2401**

**FAX: 360-586-5611 or 855-586-5611 (outside Olympia)**

**Email: accommodationtriage@biia.wa.gov**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Fecha de hoy:** |       |
| **2. Nombre del Caso:** |  | **Expediente No.:**  |  |

|  |
| --- |
| **3. Información del Solicitante** |
| Prefijo: | [ ]  Sr. [ ] Sra. [ ]  Sra. [ ]  Mx. | Pronombre (opcional): |       |
| Nombre: |       |
| Dirección: |       |
| Ciudad: |       | Estado: |       | Código postal: |       |
| Tel: |       | Email: |       |
| Yo soy: | [ ] trabajador/reclamante [ ] Empleador [ ] Abogado [ ] Testigo [ ] Otro       |

|  |
| --- |
| **4. ¿Cuál es su discapacidad?** |
| Click here to describe disability. |

|  |
| --- |
| **5. ¿Tiene usted un diagnóstico especifico?** |
| Click here to enter diagnosis. |

|  |
| --- |
| **6. ¿Tiene usted un doctor de cabecera para la condición? Si su respuesta es sí, escriba el nombre, especialidad y la información para contactarlo. Envíe adjunto cualquier reporte médico que usted desee que consideremos con respecto a su solicitud.** |
| Click here to enter physician information. |

|  |
| --- |
| **7. ¿Cómo afecta su discapacidad a su capacidad para participar en el proceso de apelación en el BIIA?** |
| Click here to describe. |

|  |
| --- |
| **8. ¿Qué ideas tiene usted en cuanto a cómo podemos acomodar su discapacidad?** |
| Click here to describe. |

|  |
| --- |
| **9. ¿Qué más le gustaría decirnos para ayudarle a entender su solicitud?** |
| Click here to enter additional information. |

|  |
| --- |
| **10. ¿Cómo lo podemos contactar?** |
| [ ]  Teléfono [ ]  Correo de EEUU. [ ]  Email [ ]  Otros (especifique)       |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre en imprenta: |       |

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_