

Estado de Washington
**CONSEJO DE APELACIONES AL
SEGURO INDUSTRIAL**

**Apelación a la Decisión de Solicitud de
Acomodación**

Nombre del cliente que necesita acomodación: _____

Persona llenando la apelación (si es diferente al nombrado arriba): _____

Dirección de correo: _____

Número de Teléfono _____ E-Mail _____

Por favor explique el por qué usted cree que la decisión del BIIA en su solicitud de acomodación es incorrecta:

¿Qué le gustaría que hiciéramos?

Firma____ (del cliente que pido acomodación)

Fecha_____

Regresarlo a: Executive Secretary
Board of Industrial Insurance Appeals
PO Box 42401
2430 Chandler Court SW
Olympia, WA 98504