**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_