

Cómo presentar una solicitud para adjudicación del reclamo

Complete este formulario si usted tiene un desacuerdo con su empleador o con la compañía de seguros acerca de su caso y desea que lo resuelva su Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores (*Workers' Compensation Appeals Board - WCAB*) local. Al presentar este formulario se abre un caso con la *WCAB*.

También puede completar este formulario si usted piensa que podría necesitar que la *WCAB* resuelva alguna disputa en el futuro y el tiempo permitido para que usted presente la solicitud podría agotarse. Si usted tiene preguntas sobre si los límites de tiempo aplican en su caso, comuníquese a su oficina local de Información y Asistencia (*Information & Assistance- I&A*). Usted puede obtener información sobre cómo comunicarse con una oficina local de *I&A* en la Web en www.dwc.ca.gov.

Llene el formulario y siga las instrucciones adjuntas. Este formulario también se puede completar en <https://www.dir.ca.gov/dwc/FORMS/EAMS%20Forms/ADJ/DWC1.pdf>.

Por favor tenga en cuenta que una audiencia para su caso no se programará hasta que se presente una declaración de disposición para proceder (consulte la guía 5 de *I&A*).

Los siguientes documentos se deben incluir con su solicitud completada:

1. Una copia de su formulario de reclamo para beneficios de compensación para trabajadores (requerida únicamente para las lesiones que ocurrieron entre el 1-1-90 y 12-31-93). Consulte la guía 1 de *I&A*.
2. Declaración requerida por ley bajo Sección 4906(h) del Código Laboral (vea el adjunto).

Se recomienda una prueba de entrega (*proof of service*). Vea el adjunto.

Envíe el formulario original a su oficina local de la *WCAB* y copias a todas las partes.

Presente los siguientes documentos con su formulario en el orden indicado:

- ✓ [Hoja de Portada de Documento](#)
- ✓ [Hoja de Separador de Documento](#) (para la Solicitud para Adjudicación del Reclamo)
- ✓ [Application for Adjudication of Claim](#) (Solicitud para Adjudicación del Reclamo)
- ✓ [Hoja de Separador de Documento](#) (para la Prueba de Entrega por Correo)
- ✓ [Proof of Service by Mail](#) (Prueba de Entrega por Correo)
- ✓ [Hoja de Separador de Documento](#) (para la Declaración Requerida por Ley Bajo el Código Laboral § 4906 (h))

Guía 4 de la Unidad de Información y Asistencia

- ✓ [Declaration Pursuant to Labor Code Section 4906 \(h\)](#) (Declaración Requerida por Ley Bajo el Código Laboral § 4906 (h))

Guarde copias de sus documentos presentados para su registro.

Todos los documentos presentados en la *WCAB* deben incluir una hoja de portada de documento y una hoja de separador de documento. Por favor consulte las guías 17 y 18 de *I&A* para aprender cómo llenar estos formularios. Además todos los formularios deben ser escritos a máquina o a mano utilizando letra de molde para asegurar la legibilidad. Instrucciones de formularios adicionales pueden encontrarse en el manual de formularios *OCR* de *EAMS* en https://www.dir.ca.gov/dwc/eams/SampleFiles/EAMS_OCR%20handbook.pdf.

Si necesita ayuda, llame a una [oficina de Información y Asistencia \(I&A\)](#) o asista a un [taller para trabajadores lesionados](#). Los números de teléfono de las oficinas locales de *I&A* están adjuntos a esta guía. Usted puede obtener información sobre un taller local de la oficina de *I&A* o en la Web en www.dwc.ca.gov.

Si usted no tiene el nombre y la dirección de su compañía de seguros para completar un formulario, por favor enlace a <https://www.dir.ca.gov/DWC/EAMS/EAMS-LC/EAMSClaimsAdmins.asp>.

La información contenida en esta guía es de índole general y no pretende substituir asesoramiento legal. Los cambios en la ley o los datos específicos de su caso podrían resultar en interpretaciones legales distintas de las que aquí se presentan.

Al enviar documentos a una oficina regional, por favor asegúrese que no estén doblados ni engrapados. Envíelos en un sobre grande de manila. Por favor consulte con el manual de formularios *OCR* de *EAMS* para instrucciones adicionales.

WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD DISTRICT OFFICES

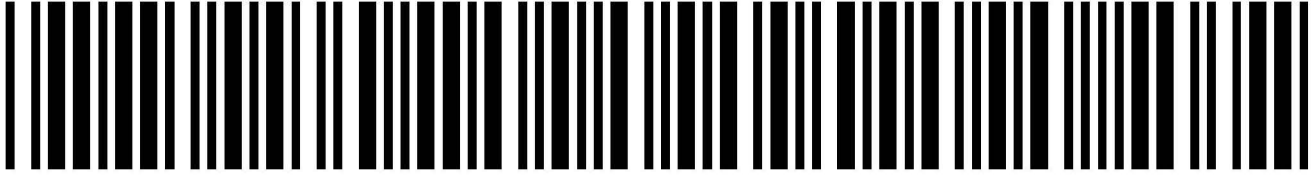
- **ANAHEIM, 92806-2131**
1065 North Link, Suite 170
Information & Assistance Unit (714) 414-1801
- **BAKERSFIELD, 93301-1929**
1800 30th Street, Suite 100
Information & Assistance Unit (661) 395-2514
- **FRESNO, 93721-2219**
2550 Mariposa Street, Suite 4078
Information & Assistance Unit (559) 445-5355
- **LODI, 95240-6936**
3021 Reynolds Ranch Parkway, Suite 130
Information & Assistance Unit (209) 948-7759
- **LONG BEACH, 90810-1870**
1500 Hughes Way, Suite C203
Information & Assistance Unit (424) 450-2565
- **LOS ANGELES, 90013-1105**
320 W 4th Street, 9th Floor
Information & Assistance Unit (213) 576-7389
- **MARINA DEL REY, 90292-6902**
4720 Lincoln Boulevard, 2nd and 3rd Floors
Information & Assistance Unit (310) 482-3820
- **OAKLAND, 94612-1499**
1515 Clay Street, 6th Floor
Information & Assistance Unit (510) 622-2861
- **OXNARD, 93030-7912**
1901 N Rice Avenue, Suite 100
Information & Assistance Unit (805) 485-3528
- **POMONA, 91768-1653**
732 Corporate Center Drive
Information & Assistance Unit (909) 623-8568
- **REDDING, 96002-0940**
250 Hemsted Drive, 2nd Floor, Suite B
Information & Assistance Unit (530) 225-2047
- **RIVERSIDE, 92501-3337**
3737 Main Street, Suite 300
Information & Assistance Unit (951) 782-4347
- **SACRAMENTO, 95834-2962**
160 Promenade Circle, Suite 300
Information & Assistance Unit (916) 928-3158
- **SALINAS, 93906-2204**
1880 N Main Street, Suites 100 & 200
Information & Assistance Unit (831) 443-3058
- **SAN BERNARDINO, 92401-1411**
464 W Fourth Street, Suite 239
Information & Assistance Unit (909) 383-4522
- **SAN DIEGO, 92108-4424**
7575 Metropolitan Drive, Suite 202
Information & Assistance Unit (619) 767-2082
- **SAN FRANCISCO, 94102-7014**
455 Golden Gate Avenue, 2nd Floor
Information & Assistance Unit (415) 703-5020
- **SAN JOSE, 95110-3718**
224 Airport Parkway, Suite 600
Information & Assistance Unit (408) 277-1292
- **SAN LUIS OBISPO, 93401-8736**
4740 Allene Way, Suite 100
Information & Assistance Unit (805) 596-4159
- **SANTA ANA, 92707-7704**
2 MacArthur Place, Suite 600
Information & Assistance Unit (714) 942-7576
- **SANTA BARBARA, 93101-7538**
130 E Ortega Street
Information & Assistance Unit (805) 568-1390
- **SANTA ROSA, 95404-4771**
50 "D" Street, Suite 420
Information & Assistance Unit (707) 576-2452
- **VAN NUYS, 91401-3370**
6150 Van Nuys Boulevard, Suite 105
Information & Assistance Unit (818) 901-5374



STATE OF CALIFORNIA
DWC DISTRICT OFFICE

EJEMPLO

DOCUMENT COVER SHEET



Is this a new case? Yes No Companion Cases Exist Walkthrough Yes No

More than 15 Companion Cases

FECHA DE HOY

SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

Date:(MM/DD/YYYY)

SSN:

NÚMERO DE CASO DE EAMS

Specific Injury

FECHA DE LA LESIÓN

Case Number 1

Cumulative Injury

(Start Date: MM/DD/YYYY)

(End Date: MM/DD/YYYY)

(If Specific Injury, use the start date as the specific date of injury)

SI ES UN CASO NUEVO DEJE EN BLANCO

Body Part 1: _____

UTILICE UN CÓDIGO DE LAS LISTA DE CÓDIGOS DE LAS PARTES DEL CUERPO, CONSULTE LA P.8

Body Part 3: _____

Body Part 2: _____

Body Part 4: _____

CUANDO MÁS DE 5 PARTES DEL CUERPO USE EL NÚMERO DE PARTE DEL CUERPO 700 EN ESTE CAMPO

Other Body Parts: _____

Please check unit to be filed on (check only one box)

MARQUE LA CASILLA DE LA UNIDAD APROPIADA

ADJ DEU SIF UEF SAU INT RSU

Companion Cases

Specific Injury

CASOS COMPAÑEROS

Case Number 2

Cumulative Injury

(Start Date: MM/DD/YYYY)

(End Date: MM/DD/YYYY)

(If Specific Injury, use the start date as the specific date of injury)

Body Part 1: _____

Body Part 3: _____

Body Part 2: _____

Body Part 4: _____

Other Body Parts: _____



District office codes for place of venue

Legend Abbreviation	Office
AHM	Anaheim
ANA	Santa Ana
BAK	Bakersfield
FRE	Fresno
LAO	Los Angeles
LBO	Long Beach
LOD	Lodi
MDR	Marina del Rey
OAK	Oakland
OXN	Oxnard
POM	Pomona
RDG	Redding
RIV	Riverside
SAC	Sacramento
SAL	Salinas
SBA	Santa Barbara
SBR	San Bernardino
SDO	San Diego
SFO	San Francisco
SJO	San Jose
SLO	San Luis Obispo
SRO	Santa Rosa
VNO	Van Nuys

**Use this document to complete forms,
but do not file this document with your forms.**

Lista de códigos de las partes del cuerpo

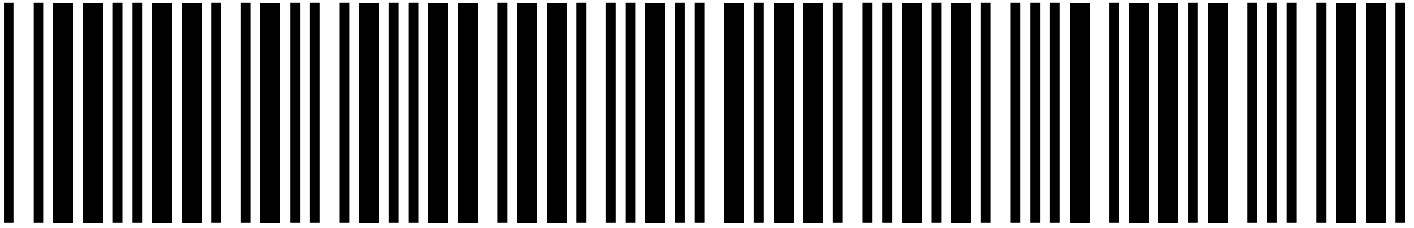
Los códigos de las partes del cuerpo que se enumeran a continuación se utilizan para llenar formularios que requieren la catalogación de las partes del cuerpo en cuestión. No presente este documento con sus formularios.

Número de código	Descripción
100	Cabeza: no especificado
110	Cerebro
120	Oído: no especificado
121	Oído: externo
124	Oído: interno, incluida la audición
130	Ojo: incluidos los nervios ópticos y la visión
140	Rostro: no especificado
141	Quijada: incluidos el mentón y la mandíbula
144	Boca: incluidos los labios, lengua, garganta y gusto
145	Dientes
146	Nariz: incluidos las fosas nasales, senos y el olfato
148	Rostro: varias partes, cualquier combinación de las partes anteriores
149	Rostro: frente, mejillas y párpados
150	Cuero cabelludo
160	Cráneo
198	Cabeza: varias lesiones, cualquier combinación de las partes anteriores
200	Cuello
300	Extremidades superiores: no especificado
310	Brazo: no especificado, arriba de la muñeca
311	Brazo: húmero del brazo
313	Brazo: cabeza del radio del codo
315	Brazo: radio y cúbito del antebrazo
318	Brazo: distintas partes, cualquier combinación de las partes anteriores
319	Brazo: no especificado
320	Muñeca
330	Mano: sin incluir muñecas ni dedos
340	Dedos
398	Extremidades superiores: cualquier combinación de las partes anteriores
400	Tronco: no especificado
410	Abdomen: incluidos órganos internos y la ingle
411	Hernia
420	Espalda: incluidos los músculos de la espalda, la columna vertebral y la médula espinal

Número de código	Descripción
430	Tórax: incluidos las costillas, esternón y los órganos internos del tórax
440	Caderas: incluidos la pelvis, los órganos pélvicos, el coxis y los glúteos
450	Hombros: escápula y clavícula
498	Tronco: use para el costado; varias partes, cualquier combinación de las partes anteriores
500	Extremidades inferiores: no especificado
510	Piernas: arriba de los tobillos, no especificado
511	Fémur del muslo
513	Rótula de la rodilla
515	Tibia y peroné de la parte baja de la pierna
518	Pierna: varias partes, cualquier combinación de las partes anteriores
519	Pierna: no especificado
520	Maléolo del tobillo
530	Pie, no el tobillo ni dedo del pie
540	Dedos de los pies
598	Extremidades inferiores: varias partes, cualquier combinación de las partes anteriores
700	Para más de cinco partes importantes del cuerpo, utilice este código en la quinta posición de la lista de partes del cuerpo
800	Sistema corporal: no especificado
801	Sistema circulatorio: corazón, diferente a un paro cardíaco, sangre, arterias, venas, etc..
802	Sistema circulatorio: paro cardíaco
810	Sistema digestivo: estómago
820	Sistema excretor: riñones, vejiga, intestinos, etc..
830	Sistema músculo esquelético: huesos, articulaciones, tendones, músculos, etc.
840	Sistema nervioso: no especificado
841	Sistema nervioso: estrés
842	Sistema nervioso: psiquiátrico/psíquico
850	Sistema respiratorio: pulmones, tráquea, etc.
860	Dermatitis cutánea, etc.
870	Sistemas reproductores
880	Otros sistemas del cuerpo
900	COVID-19
999	Sin clasificar: información insuficiente para identificar las partes del cuerpo

Utilice este documento para completar los formularios, pero no lo entregue junto con ellos.

DOCUMENT SEPARATOR SHEET



Product Delivery Unit

ADJ

Document Type

LEGAL DOCS

Document Title

APPLICATION FOR ADJUDICATION

Document Date

FECHA EN QUE LLENÓ EL FORMULARIO

MM/DD/YYYY

Author

SU NOMBRE

Office Use Only

Received Date

MM/DD/YYYY



STATE OF CALIFORNIA
 DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION
 WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD
 APPLICATION FOR ADJUDICATION OF CLAIM

EJEMPLO

DEJE EN BLANCO

Amended Application

Case No. _____

SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

SSN (Numbers Only) _____

Venue choice is based upon (Completion of this section is required)

- County of residence of employee (Labor Code section 5501.5(a)(1) or (d).)
- County where injury occurred (Labor Code section 5501.5(a)(2) or (d).)
- County of principal place of business of employee's attorney (Labor Code section 5501.5(a)(3) or (d).)

SELECCIONE UNO

USE EL CÓDIGO DE 3 LETRAS QUE ESTÁ EN LA HOJA DE PORTADA DE DOCUMENTO

Select 3 - Letter Office Code For Place/Venue of Hearing (From the Document Cover Sheet)

Injured Worker (Completion of this section is required)

SU PRIMER NOMBRE

First Name _____ MI _____

SU APELLIDO

Last Name _____

SU DIRECCIÓN

Street Address/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

Street Address2/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

International Address (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

SU CIUDAD

City _____

ESTADO

State _____

CÓDIGO POSTAL

Zip Code _____

Applicant (If other than Injured Worker)

Insurance Carrier

ESTA SECCIÓN SÓLO SE LLENA SI EL SOLICITANTE ES ALGUIEN ADEMÁS DEL TRABAJADOR LESIONADO

Name (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

Street Address/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

Street Address2/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

City _____

State _____

Zip Code _____

Employer Information (Completion of this section is required)

Insured Self-Insured Legally Uninsured Uninsured

NOMBRE DEL EMPLEADOR CON QUIÉN USTED TRABAJABA AL TIEMPO DE LA LESIÓN

Employer Name (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR

Employer Street Address/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

CIUDAD DEL EMPLEADOR

City

ESTADO

State

CÓDIGO POSTAL

Zip Code

Insurance Carrier Information (If known and if applicable - include even if carrier is adjusted by claims administrator)

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Insurance Carrier Name (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Insurance Carrier Street Address/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

CIUDAD DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

City

ESTADO

State

CÓDIGO POSTAL

Zip Code

Claims Administrator Information (If known and if applicable)

NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMOS

Name (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

DIRECCIÓN DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMOS

Street Address/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

CIUDAD DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMOS

City

ESTADO

State

CÓDIGO POSTAL

Zip Code

IT IS CLAIMED THAT (Complete all relevant information):

1. The injured worker, born **SU FECHA DE NACIMIENTO**, while employed as a(n) **SU OCUPACIÓN AL TIEMPO DE LA LESIÓN**
(DATE OF BIRTH: MM/DD/YYYY) (OCCUPATION AT THE TIME OF INJURY)

(Choose only one)

specific injury

FECHA DE LA LESIÓN

(Date of injury: MM/DD/YYYY)

suffered a :

cumulative injury which began on _____ and ended on _____
(Start Date: MM/DD/YYYY) (End Date: MM/DD/YYYY)

The injury occurred at

DIRECCIÓN DONDE LA LESIÓN OCURRIÓ

Street Address/PO Box - Please leave blank spaces between numbers, names or words

CIUDAD

City

ESTADO

State

CÓDIGO POSTAL

Zip Code

(State which parts of the body were injured)

EJEMPLO

Body Part 1:

Body Part 2:

Body Part 3:

Body Part 4:

Other Body Parts:

INDIQUE LA PARTE DEL CUERPO LESIONADA. USE LA LISTA QUE ESTÁ EN LA HOJA DE PORTADA DE DOCUMENTO

2. The injury occurred as follows:

(EXPLAIN WHAT THE WORKER WAS DOING AT THE TIME OF INJURY AND HOW THE INJURY OCCURED)

INDIQUE LO QUE ESTABA HACIENDO EN EL MOMENTO DE LA LESIÓN

3. Actual earnings at the time of injury:

Rate of Pay \$

- Monthly
- Weekly
- Hourly

State value of tips, meals, lodging, or other advantages, regularly received \$

- Monthly
- Weekly
- Hourly

INDIQUE SU SALARIO SEMANAL O MENSUAL O POR HORA

INDIQUE EL VALOR DE PROPINAS, COMIDAS, ALOJAMIENTO U OTRAS VENTAJAS REGULARMENTE RECIBIDAS

Number of hours worked per week

NÚMERO DE HORAS QUE TRABAJÓ POR SEMANA

4. The injury caused disability as follows:

Last day off work due to injury:

ÚLTIMO DÍA TRABAJADO

MM/DD/YYYY

First Period of Disability:

Start Date

PRIMER DÍA FUERA DEL TRABAJO

End Date

ÚLTIMO DÍA FUERA DEL TRABAJO

Second Period of Disability:

Start Date

MM/DD/YYYY

End Date

MM/DD/YYYY

5. Compensation:

Compensation was paid:

- Yes
- No

Total paid:

Weekly rate(s):

Date of last payment:

MM/DD/YYYY

INDIQUE LO QUE LE PAGÓ EL ADMINISTRADOR DE RECLAMOS

6. Has the worker received any unemployment insurance benefits and/or any unemployment compensation disability benefits (state disability) since the date of injury?

- Yes
- No

INDIQUE SI HA RECIBIDO ALGÚN BENEFICIO DEL SEGURO DE DESEMPLEO Y/O SEGURO DE INCAPACIDAD ESTATAL DESDE LA FECHA DE LA LESIÓN

7. Medical treatment:

Medical treatment was received:

INDIQUE SI RECIBIÓ TRATAMIENTO

Yes No

EJEMPLO

All treatment was furnished by the Employer or Insurance Carrier:

Yes No

FECHA DEL ÚLTIMO TRATAMIENTO

Date of last treatment:

INDIQUE SI SU EMPLEADOR O LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PROPORCIONÓ TODO TRATAMIENTO

Other treatment was provided/paid by:

INDIQUE SI USTED O ALGUNA ASEGURANZA PRIVADA PAGÓ POR TRATAMIENTO MÉDICO

(MEDICAL CARE)

Did Medi-Cal pay for any health care related to this claim?

Yes No

INDIQUE SI MEDI-CAL PAGÓ POR ALGÚN CUIDADO MÉDICO RELACIONADO CON ESTE RECLAMO

Names and addresses of doctor(s)/hospital(s)/clinic(s) that treated or examined for this injury provided or paid for by the employer or insurance carrier:

NOMBRES Y DIRECCIONES DE LOS DOCTORES/HOSPITALES/CLÍNICAS QUE PROPORCIONARON SERVICIOS PARA SU LESIÓN Y NO FUERON PAGADOS POR EL EMPLEADOR O COMPAÑÍA DE SEGUROS

Name of Doctor/Hospital/Clinic 2 (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

8. Other cases have been filed for industrial injuries by this worker as follows:

INDIQUE CUALQUIER OTRO CASO PRESENTADO EN LA DWC

Case Number 1

Case Number 3

Case Number 2

Case Number 4

9. This application is filed because of a disagreement regarding liability for:

Temporary disability indemnity

Permanent disability indemnity

Reimbursement for medical expense

Rehabilitation

Medical treatment

Supplemental Job Displacement/Return to Work

Compensation at proper rate

Other (Specify) _____

MARQUE LA RAZÓN/LAS RAZONES POR LA CUAL ESTÁ PRESENTANDO ESTA APLICACIÓN

Is the Applicant Represented? Yes No If "No", applicant is to sign and date below.

EJEMPLO

If "Yes", applicant's representative is to complete the following and is to sign and date below.

Law Firm/Attorney Non-Attorney Representative

INDIQUE SI ESTÁ REPRESENTADO POR UN ABOGADO

Law Firm or Company Name (If Applicable)

Law Firm Number (If Applicable)

SI ESTÁ REPRESENTADO POR UN ABOGADO. SU ABOGADO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN

Attorney/Representative First Name

MI

Attorney/Representative Last Name

Street Address/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

City

State

Zip Code

SU FIRMA

Applicant Attorney/Representative Signature

Applicant Signature

Dated at **CIUDAD**, California

Date **FECHA DE HOY**
MM/DD/YYYY

INSTRUCCIONES

PRESENTAR Y ENTREGAR UNA DECLARACIÓN DE DISPOSICIÓN PARA PROCEDER ES UN PREREQUISITO PARA FIJAR UN CASO PARA UNA AUDIENCIA.

Efecto de presentar una Solicitud (Aplicación)

El presentar esta solicitud inicia un proceso formal contra los demandados nombrados en su solicitud.

Asistencia para Completar la Solicitud

Puede solicitar la asistencia de un funcionario de información y asistencia de la División de Compensación de Trabajadores.

Derecho a Abogado

Puede ser representado por un abogado o agente, o se puede representar usted mismo. El honorario del abogado será establecido por la Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores en el momento en que se decida el caso y normalmente se pagará de su indemnización.

Completando la Solicitud.

Para las solicitudes “enmendadas”, la elección de jurisdicción debe ser la misma que fue especificada en la solicitud original, a menos que se haya emitido una orden de traslado de jurisdicción. Se debe poner una dirección de calle o apartado postal dentro de los Estados Unidos para el lugar donde ocurrió la lesión. Por lo tanto, si la lesión no ocurrió en un lugar fijo o identificable (como un campo, una carretera o en el agua), o si la lesión ocurrió fuera de los Estados Unidos, se debe especificar la dirección comercial del empleador u otra dirección apropiada; sin embargo, se debe adjuntar a la solicitud una breve explicación sobre el lugar de la lesión. Si el tratamiento médico ha sido pagado por Medi-Cal, Medicare, seguro de salud grupal, o un proveedor privado, por favor especifique.

Entrega de Documentos

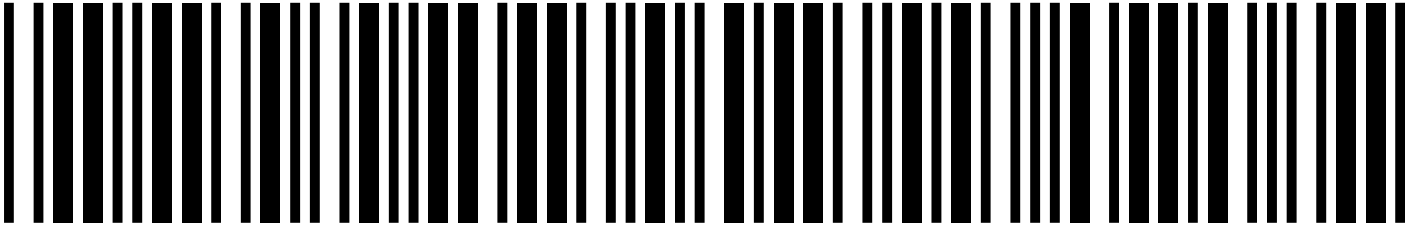
Su abogado o agente, entregará todos los documentos de acuerdo con la Sección 5501 del Código Laboral y las Reglas de Práctica y Procedimiento de la Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores.

Si no tiene un abogado o agente, copias de esta solicitud serán entregadas por la Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores a todas las partes. Si presenta cualquier otro documento, debe enviar por correo o entregar una copia del documento a todas las partes involucradas en el caso.

¡IMPORTANTE!

Si un solicitante es menor de 18 años de edad, será necesario presentar una Solicitud de Tutela. Los formularios para este propósito se pueden obtener en la oficina regional de la Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores, o llamando a una oficina regional y solicitar este formulario.

DOCUMENT SEPARATOR SHEET



Product Delivery Unit

Document Type

Document Title

Document Date
MM/DD/YYYY

Author

Office Use Only

Received Date _____
MM/DD/YYYY



EJEMPLO

Prueba de Entrega por Correo

Yo declaro que:

Soy (residente de/empleado en) el condado de SU CONDADO,
California. Tengo más de dieciocho años de edad y mi dirección de (negocio/residencia) es:

ESCRIBA SU DOMICILIO AQUÍ

El FECHA DE HOY yo entregué el adjunto EL NOMBRE DEL DOCUMENTO QUE ESTÁ ENVIANDO POR CORREO
a las partes mencionadas a continuación en dicho caso, poniendo una copia verdadera del
mismo adjunto, en un sobre sellado con el franqueo completamente pagado, en el correo de los
Estados Unidos en CIUDAD DESDE DONDE ESTÁ ENVIANDO EL DOCUMENTO con la siguiente
dirección:

- 1) WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD: DIRECCIÓN
- 2) COMPAÑÍA DE SEGUROS: NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE RECLAMO
- 3) ABOGADO DE LA DEFENSA (SI SE SABE): NOMBRE Y DIRECCIÓN
- 4) TODAS LAS PARTES INVOLUCRADAS EN SU CASO: NOMBRE Y DIRECCIÓN

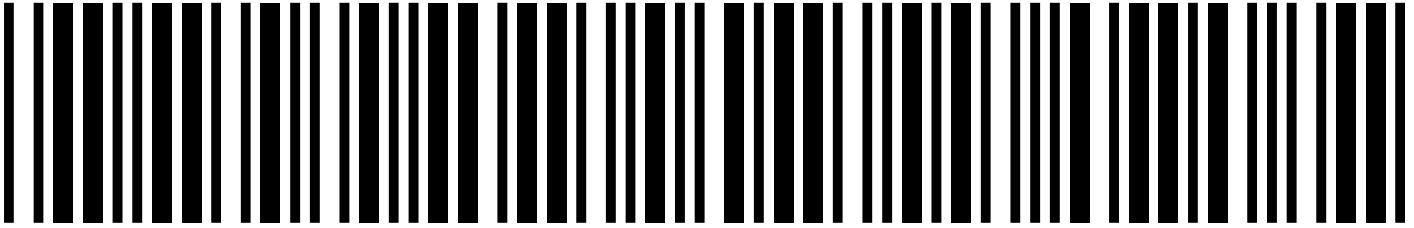
Yo delaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que lo siguiente es
verdadero y correcto y esta declaración fue ejecutada en

(fecha) FECHA DE HOY, en CIUDAD California.

Escriba su nombre ESCRIBA SU NOMBRE CON LETRA DE MOLDE

Firma SU FIRMA

DOCUMENT SEPARATOR SHEET



Product Delivery Unit

Document Type

Document Title

Document Date
MM/DD/YYYY

Author

Office Use Only

Received Date _____
MM/DD/YYYY



DECLARACIÓN CONFORME A LA SECCIÓN §4906(h) DEL
CÓDIGO LABORAL

Conforme a la Sección 4906(h) del Código Laboral, yo declaro bajo pena de perjurio que no he violado la Sección 139.3 y que no he ofrecido, entregado, recibido, o aceptado ninguna devolución, reembolso, comisión, preferencia, patrocinio, dividendo, descuento u otra consideración, ya sea en forma de dinero o de otro modo, como compensación o incentivo para algún examen o evaluación referida.

Fecha: FECHA DE HOY

SU FIRMA

Firma

Antes de firmar este documento, debe estar consciente de que: “Cualquier persona que intencionadamente hace o causa que se haga una declaración o representación material falsa o fraudulenta con el propósito de obtener o negar beneficios o pagos de compensación de trabajadores es culpable de un delito grave.”