

## Cómo presentar un embargo preventivo

El presentar una notificación y solicitud para la concesión de un embargo preventivo es la forma de hacer un reclamo para el pago monetario que se le debe en un caso de compensación de trabajadores.

Un formulario de embargo preventivo se encuentra adjunto. Llene el formulario. Asegúrese de firmarlo y fecharlo. Este formulario también se puede completar en <http://www.dir.ca.gov/dwc/FORMS/EAMS%20Forms/ADJ/DWCForm6.pdf>.

Un número de caso de la Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores (*Workers' Compensation Appeals Board- WCAB*) debe ser puesto en la esquina derecha de la parte superior del embargo preventivo. Si no hay un número de caso en la *WCAB*, comuníquese con la oficina local de Información y Asistencia (*Information & Assistance- I&A*).

Envíe el 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 Notificación y Solicitud Para la Concesión de un Embargo Preventivo)
- ✓ [Notice and Request for Allowance of Lien](#) (Notificación y Solicitud Para la Concesión de un Embargo Preventivo)
- ✓ [Hoja de Separador de Documento](#) (para la Verificación 10770.5)
- ✓ [Lien Verification 10770.5](#) (Verificación 10770.5)
- ✓ [Hoja de Separador de Documento](#) (para la Prueba de Entrega por Correo)
- ✓ [Proof of Service by Mail](#) (Prueba de Entrega por Correo)

Hay límites de tiempo para presentar embargos preventivos para los proveedores médicos y las personas solicitantes de embargos preventivos médico-legales. También estas partes están limitadas a presentar sus peticiones electrónicamente, ya sea por *jet filing* o *e-filing*. Dichos embargos preventivos deben presentarse:

1. Para servicios proporcionados antes del 1 de julio de 2013, dentro de tres años de la fecha en que los últimos servicios fueron proporcionados.
2. Para servicios proporcionados después del 1 de julio de 2013, dentro de 18 meses de la fecha en que los últimos servicios fueron proporcionados.

Guarde copias de sus documentos presentados para su archivo.

## Guía 10 de la Unidad de Información y Asistencia

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 ser encontradas en el manual de formularios *OCR* de *EAMS* en [http://www.dir.ca.gov/dwc/eams/SampleFiles/EAMS\\_OCR%20handbook.pdf](http://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 adjunto 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](http://www.dwc.ca.gov).

Si no tiene el nombre y la dirección de su administrador de reclamos para completar un formulario, por favor enlace a <http://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 estén 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

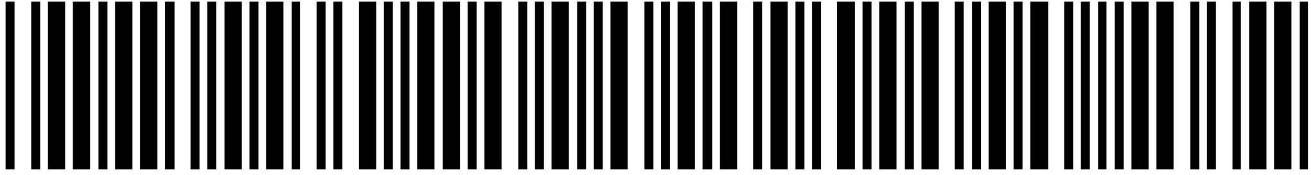
|   |  |
|---|--|
| <p><b><u>ANAHEIM. 92806-2131</u></b><br/>         1065 North Link, Suite 170<br/>         Information &amp; Assistance Unit (714) 414-1801</p>  | <p><b><u>SACRAMENTO, 95834-2962</u></b><br/>         160 Promenade Circle, Suite 300<br/>         Information &amp; Assistance Unit (916)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



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

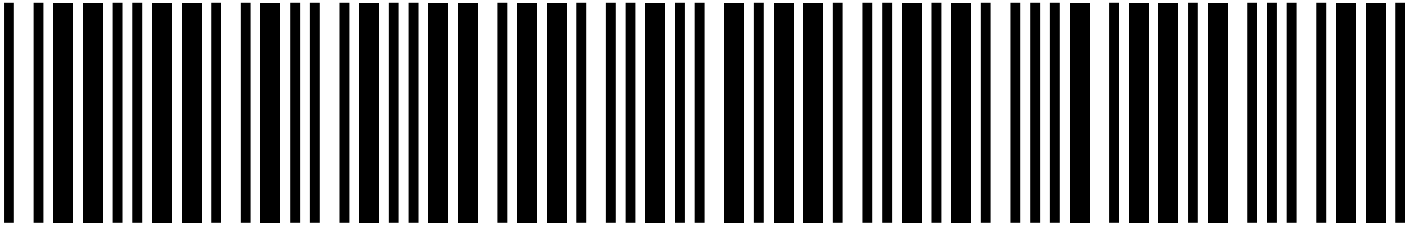
Los códigos de las partes del cuerpo que se enumeran a continuación se utilizan para llenar formularios que requieren la catalogación de las partes del cuerpo en cuestión. No presente este documento con sus formularios.

| 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 LIENS AND BILLS

Document Title NOTICE AND REQUEST FOR ALLOWANCE OF LIEN

Document Date FECHA EN QUE LLENÓ EL FORMULARIO  
MM/DD/YYYY

Author SI USTED ES EL TRABAJADOR LESIONADO, USE SU NOMBRE.  
SI USTED ES UN ADMINISTRADOR DE RECLAMOS, UN REPRESENTANTE DE AUDIENCIA O UN BUFETE DE ABOGADOS -- USE SU NOMBRE UNIFORME ASIGNADO.

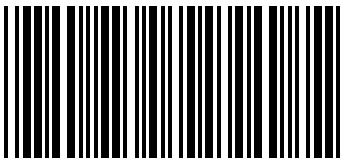
---

**Office Use Only**

Received Date \_\_\_\_\_  
MM/DD/YYYY







**STATE OF CALIFORNIA  
DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION  
WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD  
NOTICE AND REQUEST FOR ALLOWANCE OF LIEN**

**EJEMPLO**

Date Of Original Lien: \_\_\_\_\_  
MM/DD/YYYY

Original Lien

Amended Lien

**NÚMERO DE CASO DE EAMS**

Case No. \_\_\_\_\_

(Choose only one)

a specific injury on **FECHA DE LA LESIÓN**  
(DATE OF INJURY: MM/DD/YYYY)

a cumulative injury which began on \_\_\_\_\_ and ended on \_\_\_\_\_  
(START DATE: MM/DD/YYYY) (END DATE: MM/DD/YYYY)

**NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL EMPLEADO LESIONADO**

SSN (Numbers Only) \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO DEL EMPLEADO LESIONADO**

(DATE OF BIRTH: MM/DD/YYYY)

**Injured Worker:**

**PRIMER NOMBRE DEL EMPLEADO LESIONADO**

First Name \_\_\_\_\_ MI

**APPELLIDO DEL EMPLEADO LESIONADO**

Last Name \_\_\_\_\_

**DOMICILIO DEL EMPLEADO LESIONADO**

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

**CIUDAD DEL EMPLEADO LESIONADO**

City \_\_\_\_\_

**ESTADO**

State

**CÓDIGO POSTAL**

Zip Code

**Attorney/Representative for Injured Worker:**

**NOMBRE DEL ABOGADO DEL EMPLEADO LESIONADO**

Name \_\_\_\_\_

**DOMICILIO DEL ABOGADO**

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

**CIUDAD DEL ABOGADO**

City \_\_\_\_\_

**ESTADO**

State

**CÓDIGO POSTAL**

Zip Code

**Lien Claimant (Completion of this section is required):**

**NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN PRESENTANDO LA SOLICITUD PARA LA CONCESIÓN DE UN EMBARGO PREVENTIVO (PARA PERSONAS INDIVIDUALES DEJE EN BLANCO)**

Name of Organization filing lien (for individual lien claimants, leave blank)

**PRIMER NOMBRE DE LA PERSONA PRESENTANDO ESTA SOLICITUD (SI ES UNA ORGANIZACIÓN DEJE EN BLANCO)**

First Name of Individual filing lien(organizational lien claimants, leave blank)

**APPELLIDO DE LA PERSONA PRESENTANDO ESTA SOLICITUD (SI ES UNA ORGANIZACIÓN DEJE EN BLANCO)**

Last Name of Individual filing lien(organizational lien claimants, leave blank)

**DOMICILIO**

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

**CIUDAD**

City \_\_\_\_\_

**ESTADO**

State

**CÓDIGO POSTAL**

Zip Code

**NÚMERO DE TELÉFONO**

Phone \_\_\_\_\_  
DWC/ WCAB Form 6 (Page 1) Rev(11/2008)

T

Lien Claimant's Attorney/Representative, if any

Law Firm/Attorney  Non-Attorney Representative  Lien Claimant not represented

**NOMBRE DEL ABOGADO O REPRESENTANTE DE LA PERSONA U ORGANIZACIÓN PRESENTANDO ESTA SOLICITUD-USE EL NOMBRE UNIFORME ASIGNADO**

Lien Claimant Law Firm/Representative

**PRIMER NOMBRE DEL REPRESENTANTE O ABOGADO**

First Name

**APELLIDO DEL REPRESENTANTE O ABOGADO**

Last Name

**CÓDIGO POSTAL**

**DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE O ABOGADO**

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

**CIUDAD DEL REPRESENTANTE O ABOGADO**

City

**ESTADO**

State

**CÓDIGO POSTAL**

Zip Code

**NÚMERO DE TELÉFONO DEL REPRESENTANTE O ABOGADO**

Phone

**Employer**

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

Name

**DOMICILIO DEL EMPLEADOR**

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

**CIUDAD DEL EMPLEADOR**

City

**ESTADO**

State

**CÓDIGO POSTAL**

Zip Code

**Insurance Carrier or Claims Administrator**

**NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS O ADMINISTRADOR DE RECLAMOS-USE EL NOMBRE UNIFORME ASIGNADO**

Name

**DOMICILIO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS O ADMINISTRADOR DE RECLAMOS**

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

**CIUDAD DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS O ADMINISTRADOR DE RECLAMOS**

City

**ESTADO**

State

**CÓDIGO POSTAL**

Zip Code

**Employer or Claims Administrator Attorney/Representative (if known)**

**ABOGADO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS O ADMINISTRADOR DE RECLAMOS**

Name

**DOMICILIO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS O ADMINISTRADOR DE RECLAMOS**

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

**CIUDAD DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS O ADMINISTRADOR DE RECLAMOS**

City

**ESTADO**

State

**CÓDIGO POSTAL**

Zip Code

The lien claimant hereby requests the Workers' Compensation Appeals Board to determine and allow as a lien the sum of \$ **CANTIDAD DEL EMBARGO PREVENTIVO** against any amount now due or which may hereafter become payable as Total Lien Amount

compensation to the above-named employee on account of the above-claimed injury.

**This request and claim for lien is for (mark appropriate box):** **SELECCIONE LA RAZÓN POR LA CUAL ESTÁ PRESENTANDO ESTA SOLICITUD**

- A reasonable attorney's fee for legal services pertaining to any claim for compensation either before the appeals board or before any of the appellate courts, and the reasonable disbursements in connection therewith. (Labor Code § 4903 (a).)
- The reasonable expense incurred by or on behalf of the injured employee, as provided by Labor Code § 4600. (Labor Code § 4903 (b).)
- Reasonable expense incurred by or on behalf of the injured employee for medical-legal expenses. (Labor Code § 4903 (b).)
- The reasonable value of the living expenses of an injured employee or of his or her dependents, subsequent to the injury. (Labor Code § 4903 (c).)
- The reasonable burial expenses of the deceased employee. (Labor Code § 4903 (d).)
- The reasonable living expenses of the spouse or minor children of the injured employee, or both, subsequent to the date of the injury, where the employee has deserted or is neglecting his or her family. (Labor Code § 4903 (e).)
- The reasonable fee for interpreter's services performed on \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ . (Labor Code § 4600 (f).)
- The amount of indemnification granted by the California Victims of Crime Program. (Labor Code § 4903 (i).)
- The amount of compensation, including expenses of medical treatment, and recoverable costs that have been paid by the Asbestos Workers' Account. (Labor Code § 4903 (j).)
- Other Lien(s): Specify nature and statutory basis.

**NOTE: ITEMIZED STATEMENT JUSTIFYING THE LIEN MUST BE ATTACHED**

A copy of the lien claim and supporting documents was served by mail or delivered to each of the above-named parties.

**FIRMA DEL ABOGADO O REPRESENTANTE DE LA PERSONA PRESENTANDO ESTA SOLICITUD**

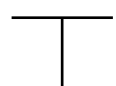
**FIRMA DE LA PERSONA QUE ESTÁ PRESENTANDO ESTA SOLICITUD**

**FECHA DE HOY**

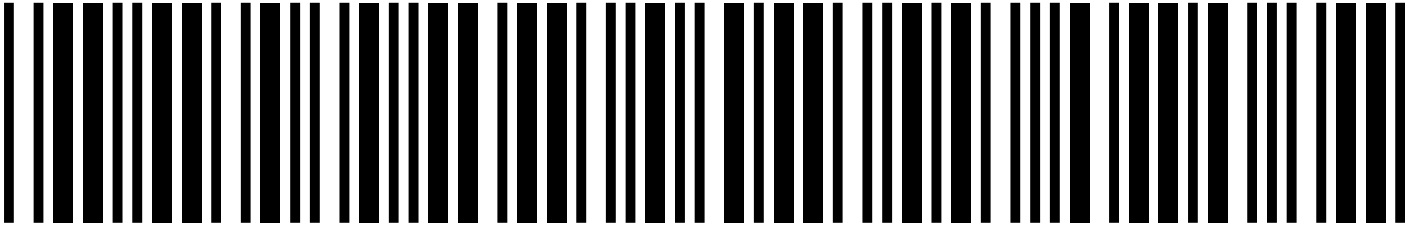
(Signature of Attorney/Representative for Lien Claimant)

(Signature of Lien Claimant)

Date (MM/DD/YYYY)



# DOCUMENT SEPARATOR SHEET



Product Delivery Unit

Document Type

Document Title

Document Date   
MM/DD/YYYY

Author

**Office Use Only**

Received Date \_\_\_\_\_  
MM/DD/YYYY



**CCR 10770.5 Verificación para presentar un reclamo de gravamen o embargo preventivo**

Se está presentando un reclamo de gravamen o embargo preventivo porque:

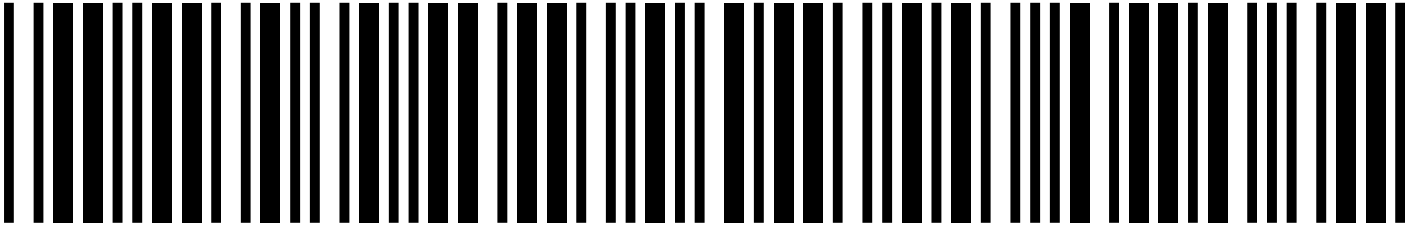
- \_\_\_\_\_ Han pasado sesenta días desde la fecha de aceptación o rechazo de responsabilidad por el reclamo, o ha transcurrido el tiempo provisto para la investigación conforme a la Sección 5402(b) del Código Laboral, lo que ocurra primero
  
- \_\_\_\_\_ El tiempo previsto para el pago de facturas de tratamiento médico conforme a la Sección 4603.2 del Código Laboral ha transcurrido.
  
- \_\_\_\_\_ El tiempo previsto para el pago de gastos médico-legales conforme a la Sección 4622 del Código Laboral ha transcurrido.

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que uno de los períodos de tiempo establecidos en la Regla 10770.5(a) ha transcurrido y, si se presenta una solicitud de adjudicación, que la jurisdicción está correcta tal como se establece en la Regla 10770.5(b) y que he realizado una búsqueda diligente y he determinado que no existe ningún número de caso de adjudicación para el mismo trabajador lesionado y la misma fecha de la lesión. Al determinar que no existe un número de caso de adjudicación para el mismo trabajador lesionado y la misma fecha de la lesión, he realizado una búsqueda diligente que consiste en los siguientes esfuerzos (especifique):

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha (MM/DD/YYYY)

# 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