

Cómo presentar un reclamo con el Fondo Fiduciario de Beneficios de Empleadores Sin Seguro

La ley de California exige que todos los empleadores tengan un seguro de compensación de trabajadores. Los empleadores pueden obtener ya sea un seguro de una compañía de seguros o pueden ser auto-asegurados a través de un programa estatal. Aún si su empleador no tiene seguro de compensación de trabajadores vigente en el momento de su lesión laboral, usted tiene el derecho a tratamiento médico y otros beneficios. El Fondo Fiduciario de Beneficios de Empleadores Sin Seguro de California (*Uninsured Employers Benefits Trust Fund-UEBTF*) es un fondo especial que se utiliza para pagar reclamos de empleados que se lesionan o se enferman mientras trabajan para un empleador que está ilegalmente sin seguro. Sin embargo, los beneficios no serán pagados automáticamente.

Usted debe tomar los pasos detallados a continuación para proceder con un reclamo para los beneficios del *UEBTF*. Necesita un paquete de información y formularios que puede obtener de su oficial de Información y Asistencia (*Information & Assistance- I&A*) de la División de Compensación de Trabajadores (*Division of Workers' Compensation- DWC*) local. Este paquete incluye la hoja de información F de la *DWC*, las guías 16(A) y 16(B) de *I&A* y otros formularios.

Este proceso de reclamo puede parecer difícil, pero dando un paso a la vez ayudará. Puede querer consultar con un abogado de su elección.

Siga estos 11 pasos en el orden indicado y no omita ninguno. Es muy importante mantener buena documentación, incluyendo notas de cualquier persona con quién tenga contacto.

1. Llene la sección del empleado del formulario de reclamo de compensación de trabajadores. Esto se llama la "[DWC-1, Petición del Empleado Para Beneficios de Compensación de Trabajadores.](#)" Consulte la guía 1 de *I&A* para asistencia. Guarde una copia de este formulario para sus archivos. Esto es su recibo temporal. Usted puede entregársela personalmente a su empleador o le puede enviar tres copias por correo certificado con acuse de recibo. Si usted envía los formularios por correo, guarde una copia del acuse de recibo para sus archivos. Si los entrega personalmente, haga notas de cuándo y a quién se los entregó.

Guía 16 de la Unidad de Información y Asistencia

2. Para buscar cobertura de seguro para los últimos cinco años vaya a <http://www.caworkcompcoverage.com>.

De otra manera, usted puede llenar el formulario "Servicio de Búsqueda de Cobertura" (*Coverage Research Service Request*) de su paquete y envíelo a:

Workers' Compensation Insurance Rating Bureau (WCIRB)
Customer Service, ATTN: Coverage Department
1221 Broadway, Ste 900
Oakland, CA 94612

La *WCIRB* determinará si su empleador tenía seguro de compensación de trabajadores en el momento de su lesión. El nombre de su empleador, el negocio o el nombre del dueño, dirección y fecha de la lesión ayudará en la búsqueda de cobertura. La *WCIRB* renuncia a sus honorarios habituales para trabajadores lesionados. Guarde una copia de la respuesta de la *WCIRB* para sus archivos.

Algunos empleadores están auto-asegurados por el riesgo de compensación de trabajadores. Consulte este enlace para verificación de ser auto-asegurado: <http://www.dir.ca.gov/osip/databases/sisr/default.aspx>

3. Mientras espera la respuesta de la *WCIRB*, reúna la siguiente información para respaldar su reclamo:

- Informes médicos de su doctor para documentar su lesión de trabajo
- Cuentas médicas por su lesión, incluyendo recibos por cosas que usted ha pagado (recetas, visitas médicas, etc...)
- Verificación de empleo, como talones de cheques y formularios W-2 alrededor de la fecha que se lesionó. Esto ayudará a calcular los beneficios que puede recibir y mostrará que usted trabajó para el empleador
- Haga una lista de los posibles testigos de su lesión

4. Si la respuesta de la *WCIRB* muestra que su empleador no tenía seguro de compensación de trabajadores en el momento de su lesión y quiere proceder con un reclamo con el *UEBTF*, debe presentar varios formularios con su oficina local de la Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores (*Workers' Compensation Appeals Board- WCAB*). Llene una solicitud para adjudicación del reclamo (Consulte la guía 4 de *I&A*). Lea, firme y ponga la fecha en la declaración conforme al Código Laboral 4906(h) contenida en la guía 4. Presente la solicitud para adjudicación del reclamo, la declaración 4906(h) y el formulario de prueba de entrega por correo

Guía 16 de la Unidad de Información y Asistencia

(también contenida en la guía 4) con su oficina local de la *WCAB*. Las direcciones de las oficinas se encuentran en su paquete. Usted debe demostrar que envió por correo una copia de estos formularios a su empleador usando el formulario de prueba de entrega por correo.

El presentar estos formularios le abre un caso en la *WCAB*. Le permite a la *WCAB* ayudarle a resolver su reclamo. Usted debe recibir por correo un aviso de aplicación de la *WCAB* con su número de caso puesto.

5. También debe llenar los siguientes formularios de su paquete:

- La declaración de disposición para proceder (Consulte la [guía 5](#) de *I&A*). Este formulario es su solicitud para una conferencia en la *WCAB* para ayudarle a resolver su reclamo
- La noticia especial de demanda. Este formulario notifica a su empleador que una acción legal se está tomando contra él. Su empleador debe ser denominado y el reclamo debe ser presentado entregado correctamente. Consulte la [guía 16 \(A\)](#) de *I&A* para más información sobre cómo denominar a su empleador. Consulte la [guía 16 \(B\)](#) de *I&A* para más información sobre cómo presentar o entregar el reclamo a su empleador
- [Petición para unir a una parte demandada](#). Este formulario le pide a un juez que formalmente haga un reclamo o sea que “una” su caso con el Fondo Fiduciario de Beneficios de Empleadores Sin Seguro.

6. Una vez que tenga su documentación y haya llenado todos los formularios, ponga los documentos originales en un paquete en el siguiente orden (de arriba abajo) para entregárselos a su empleador:

- a. [La solicitud para adjudicación del reclamo](#)
- b. [La noticia especial de demanda](#)
- c. [La declaración de disposición para proceder](#)
- d. [La DWC-1](#), Petición del Empleado Para Beneficios de Compensación de Trabajadores o formulario de reclamo, y acuse de recibo del correo registrado
- e. Informes médicos
- f. Facturas médicas
- g. Verificación de empleo
- h. La respuesta de la *WCIRB* indicando que su empleador no tenía seguro de compensación de trabajadores
- i. [Petición para unir a una parte demandada](#)

7. Haga tres (3) copias de este paquete. Si su empleador es una sociedad, haga copias adicionales para cada socio.

Guía 16 de la Unidad de Información y Asistencia

8. Una copia de este paquete debe ser entregado personalmente a su empleador por medio de un servicio de entrega personal. Consulte la guía 16(B) de *I&A* para información sobre cómo presentar a su empleador el reclamo. Un formulario de prueba de entrega personal está incluido en su paquete. Nota: La prueba de entrega personal es diferente a la prueba de entrega por correo hecha anteriormente. Para asegurarse que el servicio de entrega personal sea hecho correctamente, debe utilizar un servidor profesional como el departamento local del alguacil (sheriff) o una compañía de portadores de citaciones. Si utiliza este método recibirá un comprobante que el servicio se completó o se intentó tres veces con su empleador.

9. Después de que le regresen la prueba de entrega o servicio, presente una copia del paquete a la oficina regional de la *WCAB* cercana a usted. Si ha pasado casi un año desde que se lesionó y aún no ha presentado un reclamo, póngase en contacto inmediatamente con la oficina de *I&A* cercana a usted para asistencia. Consulte la lista de direcciones de las oficinas de la *WCAB* que se encuentra en su paquete.

10. Aunque no está obligado a hacerlo, el *UEBTF* puede decidir pagar sus beneficios antes de que un juez de compensación de trabajadores emita un "fallo" en su caso. Para solicitar beneficios del *UEBTF*, envíe una carta solicitando beneficios y una copia del paquete a la oficina del *UEBTF* más cercana a usted:

UEBTF claims
1515 Clay Street
17th Floor
OAKLAND, CA 94612

UEBTF claims
320 W. 4th Street
6th Floor
LOS ANGELES, CA 90013

11. Guarde una copia del paquete para sus archivos. Usted debe recibir una noticia de conferencia de la *WCAB* dentro de unas semanas. Dígame a su oficial de *I&A* local si el *UEBTF* empieza a pagar sus beneficios antes de que un juez de compensación de trabajadores emita un "fallo" en su caso.

También puede presentar una queja contra su empleador por no tener seguro de compensación de trabajadores. Póngase en contacto con la División para el Cumplimiento de las Normas Laborales, Oficina de Investigaciones (*Division of Labor Standards Enforcement, Bureau of Field Enforcement*). Encuéntrelos en las páginas del gobierno de la guía telefónica bajo el estado de California, Relaciones Industriales, Cumplimiento de Normas Laborales. También puede obtener en línea el formulario para presentar una queja en www.dir.ca.gov/dlse. La Oficina de Investigaciones puede querer una copia de la respuesta de la *WCIRB* indicando que su empleador no tenía un seguro con el formulario de queja. La oficina de

Guía 16 de la Unidad de Información y Asistencia

Investigaciones puede multar y en algunos casos cerrar a empleadores que ilegalmente no tienen seguro. También puede demandar a sus empleadores no asegurados en una acción legal, aparte del caso de compensación de trabajadores, en la Corte Superior.

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.

Si usted 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.

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



Workers' Compensation Claim Form (DWC 1) & Notice of Potential Eligibility Formulario de Reclamo de Compensación de Trabajadores (DWC 1) y Notificación de Posible Elegibilidad

If you are injured or become ill, either physically or mentally, because of your job, including injuries resulting from a workplace crime, you may be entitled to workers' compensation benefits. Use the attached form to file a workers' compensation claim with your employer. **You should read all of the information below.** Keep this sheet and all other papers for your records. You may be eligible for some or all of the benefits listed depending on the nature of your claim. If you file a claim, the claims administrator, who is responsible for handling your claim, must notify you within 14 days whether your claim is accepted or whether additional investigation is needed.

To file a claim, complete the "Employee" section of the form, keep one copy and give the rest to your employer. Do this right away to avoid problems with your claim. In some cases, benefits will not start until you inform your employer about your injury by filing a claim form. Describe your injury completely. Include every part of your body affected by the injury. If you mail the form to your employer, use first-class or certified mail. If you buy a return receipt, you will be able to prove that the claim form was mailed and when it was delivered. Within one working day after you file the claim form, your employer must complete the "Employer" section, give you a dated copy, keep one copy, and send one to the claims administrator.

Medical Care: Your claims administrator will pay for all reasonable and necessary medical care for your work injury or illness. Medical benefits are subject to approval and may include treatment by a doctor, hospital services, physical therapy, lab tests, x-rays, medicines, equipment and travel costs. Your claims administrator will pay the costs of approved medical services directly so you should never see a bill. There are limits on chiropractic, physical therapy, and other occupational therapy visits.

The Primary Treating Physician (PTP) is the doctor with the overall responsibility for treatment of your injury or illness.

- If you previously designated your personal physician or a medical group, you may see your personal physician or the medical group after you are injured.
- If your employer is using a medical provider network (MPN) or Health Care Organization (HCO), in most cases, you will be treated in the MPN or HCO unless you predesignated your personal physician or a medical group. An MPN is a group of health care providers who provide treatment to workers injured on the job. You should receive information from your employer if you are covered by an HCO or a MPN. Contact your employer for more information.
- If your employer is not using an MPN or HCO, in most cases, the claims administrator can choose the doctor who first treats you unless you predesignated your personal physician or a medical group.
- If your employer has not put up a poster describing your rights to workers' compensation, you may be able to be treated by your personal physician right after you are injured.

Within one working day after you file a claim form, your employer or the claims administrator must authorize up to \$10,000 in treatment for your injury, consistent with the applicable treating guidelines until the claim is accepted or rejected. If the employer or claims administrator does not authorize treatment right away, talk to your supervisor, someone else in management, or the claims administrator. Ask for treatment to be authorized right now, while waiting for a decision on your claim. If the employer or claims administrator will not authorize treatment, use your own health insurance to get medical care. Your health insurer will seek reimbursement from the claims administrator. If you do not have health insurance, there are doctors, clinics or hospitals that will treat you without immediate payment. They will seek reimbursement from the claims administrator.

Switching to a Different Doctor as Your PTP:

- If you are being treated in a Medical Provider Network (MPN), you may switch to other doctors within the MPN after the first visit.
- If you are being treated in a Health Care Organization (HCO), you may switch at least one time to another doctor within the HCO. You may switch to a doctor outside the HCO 90 or 180 days after your injury is reported to your employer (depending on whether you are covered by employer-provided health insurance).
- If you are not being treated in an MPN or HCO and did not predesignate, you may switch to a new doctor one time during the first 30 days after your injury is reported to your employer. Contact the claims administrator to switch doctors. After 30 days, you may switch to a doctor of your choice if

Si Ud. se lesiona o se enferma, ya sea físicamente o mentalmente, debido a su trabajo, incluyendo lesiones que resulten de un crimen en el lugar de trabajo, es posible que Ud. tenga derecho a beneficios de compensación de trabajadores. Utilice el formulario adjunto para presentar un reclamo de compensación de trabajadores con su empleador. **Ud. debe leer toda la información a continuación.** Guarde esta hoja y todos los demás documentos para sus archivos. Es posible que usted reúna los requisitos para todos los beneficios, o parte de éstos, que se enumeran dependiendo de la índole de su reclamo. Si usted presenta un reclamo, el administrador de reclamos, quien es responsable por el manejo de su reclamo, debe notificarle dentro de 14 días si se acepta su reclamo o si se necesita investigación adicional.

Para presentar un reclamo, llene la sección del formulario designada para el "Empleado," guarde una copia, y déle el resto a su empleador. Haga esto de inmediato para evitar problemas con su reclamo. En algunos casos, los beneficios no se iniciarán hasta que usted le informe a su empleador acerca de su lesión mediante la presentación de un formulario de reclamo. Describa su lesión por completo. Incluya cada parte de su cuerpo afectada por la lesión. Si usted le envía por correo el formulario a su empleador, utilice primera clase o correo certificado. Si usted compra un acuse de recibo, usted podrá demostrar que el formulario de reclamo fue enviado por correo y cuando fue entregado. Dentro de un día laboral después de presentar el formulario de reclamo, su empleador debe completar la sección designada para el "Empleador," le dará a Ud. una copia fechada, guardará una copia, y enviará una al administrador de reclamos.

Atención Médica: Su administrador de reclamos pagará por toda la atención médica razonable y necesaria para su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Los beneficios médicos están sujetos a la aprobación y pueden incluir tratamiento por parte de un médico, los servicios de hospital, la terapia física, los análisis de laboratorio, las medicinas, equipos y gastos de viaje. Su administrador de reclamos pagará directamente los costos de los servicios médicos aprobados de manera que usted nunca verá una factura. Hay límites en terapia quiropráctica, física y otras visitas de terapia ocupacional.

El Médico Primario que le Atiende (Primary Treating Physician- PTP) es el médico con la responsabilidad total para tratar su lesión o enfermedad.

- Si usted designó previamente a su médico personal o a un grupo médico, usted podrá ver a su médico personal o grupo médico después de lesionarse.
- Si su empleador está utilizando una red de proveedores médicos (*Medical Provider Network- MPN*) o una Organización de Cuidado Médico (*Health Care Organization- HCO*), en la mayoría de los casos, usted será tratado en la *MPN* o *HCO* a menos que usted hizo una designación previa de su médico personal o grupo médico. Una *MPN* es un grupo de proveedores de asistencia médica quien da tratamiento a los trabajadores lesionados en el trabajo. Usted debe recibir información de su empleador si su tratamiento es cubierto por una *HCO* o una *MPN*. Hable con su empleador para más información.
- Si su empleador no está utilizando una *MPN* o *HCO*, en la mayoría de los casos, el administrador de reclamos puede elegir el médico que lo atiende primero a menos de que usted hizo una designación previa de su médico personal o grupo médico.
- Si su empleador no ha colocado un cartel describiendo sus derechos para la compensación de trabajadores, Ud. puede ser tratado por su médico personal inmediatamente después de lesionarse.

Dentro de un día laboral después de que Ud. Presente un formulario de reclamo, su empleador o el administrador de reclamos debe autorizar hasta \$10000 en tratamiento para su lesión, de acuerdo con las pautas de tratamiento aplicables, hasta que el reclamo sea aceptado o rechazado. Si el empleador o administrador de reclamos no autoriza el tratamiento de inmediato, hable con su supervisor, alguien más en la gerencia, o con el administrador de reclamos. Pida que el tratamiento sea autorizado ya mismo, mientras espera una decisión sobre su reclamo. Si el empleador o administrador de reclamos no autoriza el tratamiento, utilice su propio seguro médico para recibir atención médica. Su compañía de seguro médico buscará reembolso del administrador de reclamos. Si usted no tiene seguro médico, hay médicos, clínicas u hospitales que lo tratarán sin pago inmediato. Ellos buscarán reembolso del administrador de reclamos.

Cambiando a otro Médico Primario o PTP:

- Si usted está recibiendo tratamiento en una Red de Proveedores Médicos

your employer or the claims administrator has not created or selected an MPN.

Disclosure of Medical Records: After you make a claim for workers' compensation benefits, your medical records will not have the same level of privacy that you usually expect. If you don't agree to voluntarily release medical records, a workers' compensation judge may decide what records will be released. If you request privacy, the judge may "seal" (keep private) certain medical records.

Problems with Medical Care and Medical Reports: At some point during your claim, you might disagree with your PTP about what treatment is necessary. If this happens, you can switch to other doctors as described above. If you cannot reach agreement with another doctor, the steps to take depend on whether you are receiving care in an MPN, HCO, or neither. For more information, see "Learn More About Workers' Compensation," below.

If the claims administrator denies treatment recommended by your PTP, you may request independent medical review (IMR) using the request form included with the claims administrator's written decision to deny treatment. The IMR process is similar to the group health IMR process, and takes approximately 40 (or fewer) days to arrive at a determination so that appropriate treatment can be given. Your attorney or your physician may assist you in the IMR process. IMR is not available to resolve disputes over matters other than the medical necessity of a particular treatment requested by your physician.

If you disagree with your PTP on matters other than treatment, such as the cause of your injury or how severe the injury is, you can switch to other doctors as described above. If you cannot reach agreement with another doctor, notify the claims administrator in writing as soon as possible. In some cases, you risk losing the right to challenge your PTP's opinion unless you do this promptly. If you do not have an attorney, the claims administrator must send you instructions on how to be seen by a doctor called a qualified medical evaluator (QME) to help resolve the dispute. If you have an attorney, the claims administrator may try to reach agreement with your attorney on a doctor called an agreed medical evaluator (AME). If the claims administrator disagrees with your PTP on matters other than treatment, the claims administrator can require you to be seen by a QME or AME.

Payment for Temporary Disability (Lost Wages): If you can't work while you are recovering from a job injury or illness, you may receive temporary disability payments for a limited period. These payments may change or stop when your doctor says you are able to return to work. These benefits are tax-free. Temporary disability payments are two-thirds of your average weekly pay, within minimums and maximums set by state law. Payments are not made for the first three days you are off the job unless you are hospitalized overnight or cannot work for more than 14 days.

Stay at Work or Return to Work: Being injured does not mean you must stop working. If you can continue working, you should. If not, it is important to go back to work with your current employer as soon as you are medically able. Studies show that the longer you are off work, the harder it is to get back to your original job and wages. While you are recovering, your PTP, your employer (supervisors or others in management), the claims administrator, and your attorney (if you have one) will work with you to decide how you will stay at work or return to work and what work you will do. Actively communicate with your PTP, your employer, and the claims administrator about the work you did before you were injured, your medical condition and the kinds of work you can do now, and the kinds of work that your employer could make available to you.

Payment for Permanent Disability: If a doctor says you have not recovered completely from your injury and you will always be limited in the work you can do, you may receive additional payments. The amount will depend on the type of injury, extent of impairment, your age, occupation, date of injury, and your wages before you were injured.

Supplemental Job Displacement Benefit (SJDB): If you were injured on or after 1/1/04, and your injury results in a permanent disability and your employer does not offer regular, modified, or alternative work, you may qualify for a nontransferable voucher payable for retraining and/or skill enhancement. If you qualify, the claims administrator will pay the costs up to the maximum set by state law.

Death Benefits: If the injury or illness causes death, payments may be made to a

(Medical Provider Network- MPN), usted puede cambiar a otros médicos dentro de la MPN después de la primera visita.

- Si usted está recibiendo tratamiento en un Organización de Cuidado Médico (Healthcare Organization- HCO), es posible cambiar al menos una vez a otro médico dentro de la HCO. Usted puede cambiar a un médico fuera de la HCO 90 o 180 días después de que su lesión es reportada a su empleador (dependiendo de si usted está cubierto por un seguro médico proporcionado por su empleador).
- Si usted no está recibiendo tratamiento en una MPN o HCO y no hizo una designación previa, usted puede cambiar a un nuevo médico una vez durante los primeros 30 días después de que su lesión es reportada a su empleador. Póngase en contacto con el administrador de reclamos para cambiar de médico. Después de 30 días, puede cambiar a un médico de su elección si su empleador o el administrador de reclamos no ha creado o seleccionado una MPN.

Divulgación de Expedientes Médicos: Después de que Ud. presente un reclamo para beneficios de compensación de trabajadores, sus expedientes médicos no tendrán el mismo nivel de privacidad que usted normalmente espera. Si Ud. no está de acuerdo en divulgar voluntariamente los expedientes médicos, un juez de compensación de trabajadores posiblemente decida qué expedientes serán revelados. Si usted solicita privacidad, es posible que el juez "selle" (mantenga privados) ciertos expedientes médicos.

Problemas con la Atención Médica y los Informes Médicos: En algún momento durante su reclamo, podría estar en desacuerdo con su PTP sobre qué tratamiento es necesario. Si esto sucede, usted puede cambiar a otros médicos como se describe anteriormente. Si no puede llegar a un acuerdo con otro médico, los pasos a seguir dependen de si usted está recibiendo atención en una MPN, HCO o ninguna de las dos. Para más información, consulte la sección "Aprenda Más Sobre la Compensación de Trabajadores," a continuación.

Si el administrador de reclamos niega el tratamiento recomendado por su PTP, puede solicitar una revisión médica independiente (*Independent Medical Review-IMR*), utilizando el formulario de solicitud que se incluye con la decisión por escrito del administrador de reclamos negando el tratamiento. El proceso de la IMR es parecido al proceso de la IMR de un seguro médico colectivo, y tarda aproximadamente 40 (o menos) días para llegar a una determinación de manera que se pueda dar un tratamiento apropiado. Su abogado o su médico le pueden ayudar en el proceso de la IMR. La IMR no está disponible para resolver disputas sobre cuestiones aparte de la necesidad médica de un tratamiento particular solicitado por su médico.

Si no está de acuerdo con su PTP en cuestiones aparte del tratamiento, como la causa de su lesión o la gravedad de la lesión, usted puede cambiar a otros médicos como se describe anteriormente. Si no puede llegar a un acuerdo con otro médico, notifique al administrador de reclamos por escrito tan pronto como sea posible. En algunos casos, usted arriesga perder el derecho a objetar a la opinión de su PTP a menos que hace esto de inmediato. Si usted no tiene un abogado, el administrador de reclamos debe enviarle instrucciones para ser evaluado por un médico llamado un evaluador médico calificado (*Qualified Medical Evaluator-QME*) para ayudar a resolver la disputa. Si usted tiene un abogado, el administrador de reclamos puede tratar de llegar a un acuerdo con su abogado sobre un médico llamado un evaluador médico acordado (*Agreed Medical Evaluator- AME*). Si el administrador de reclamos no está de acuerdo con su PTP sobre asuntos aparte del tratamiento, el administrador de reclamos puede exigirle que sea atendido por un QME o AME.

Pago por Incapacidad Temporal (Sueldos Perdidos): Si Ud. no puede trabajar, mientras se está recuperando de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, Ud. puede recibir pagos por incapacidad temporal por un periodo limitado. Estos pagos pueden cambiar o parar cuando su médico diga que Ud. está en condiciones de regresar a trabajar. Estos beneficios son libres de impuestos. Los pagos por incapacidad temporal son dos tercios de su pago semanal promedio, con cantidades mínimas y máximas establecidas por las leyes estatales. Los pagos no se hacen durante los primeros tres días en que Ud. no trabaje, a menos que Ud. sea hospitalizado una noche o no puede trabajar durante más de 14 días.

Permanezca en el Trabajo o Regreso al Trabajo: Estar lesionado no significa que usted debe dejar de trabajar. Si usted puede seguir trabajando, usted debe hacerlo. Si no es así, es importante regresar a trabajar con su empleador actual tan

spouse and other relatives or household members who were financially dependent on the deceased worker.

It is illegal for your employer to punish or fire you for having a job injury or illness, for filing a claim, or testifying in another person's workers' compensation case (Labor Code 132a). If proven, you may receive lost wages, job reinstatement, increased benefits, and costs and expenses up to limits set by the state.

Resolving Problems or Disputes: You have the right to disagree with decisions affecting your claim. If you have a disagreement, contact your employer or claims administrator first to see if you can resolve it. If you are not receiving benefits, you may be able to get State Disability Insurance (SDI) or unemployment insurance (UI) benefits. Call the state Employment Development Department at (800) 480-3287 or (866) 333-4606, or go to their website at www.edd.ca.gov.

You Can Contact an Information & Assistance (I&A) Officer: State I&A officers answer questions, help injured workers, provide forms, and help resolve problems. Some I&A officers hold workshops for injured workers. To obtain important information about the workers' compensation claims process and your rights and obligations, go to www.dwc.ca.gov or contact an I&A officer of the state Division of Workers' Compensation. You can also hear recorded information and a list of local I&A offices by calling (800) 736-7401.

You can consult with an attorney. Most attorneys offer one free consultation. If you decide to hire an attorney, his or her fee will be taken out of some of your benefits. For names of workers' compensation attorneys, call the State Bar of California at (415) 538-2120 or go to their website at www.californiaspecialist.org.

Learn More About Workers' Compensation: For more information about the workers' compensation claims process, go to www.dwc.ca.gov. At the website, you can access a useful booklet, "Workers' Compensation in California: A Guidebook for Injured Workers." You can also contact an Information & Assistance Officer (above), or hear recorded information by calling 1-800-736-7401.

pronto como usted pueda medicamente hacerlo. Los estudios demuestran que entre más tiempo esté fuera del trabajo, más difícil es regresar a su trabajo original y a sus salarios. Mientras se está recuperando, su *PTP*, su empleador (supervisores u otras personas en la gerencia), el administrador de reclamos, y su abogado (si tiene uno) trabajarán con usted para decidir cómo va a permanecer en el trabajo o regresar al trabajo y qué trabajo hará. Comuníquese de manera activa con su *PTP*, su empleador y el administrador de reclamos sobre el trabajo que hizo antes de lesionarse, su condición médica y los tipos de trabajo que usted puede hacer ahora y los tipos de trabajo que su empleador podría poner a su disposición.

Pago por Incapacidad Permanente: Si un médico dice que no se ha recuperado completamente de su lesión y siempre será limitado en el trabajo que puede hacer, es posible que Ud. reciba pagos adicionales. La cantidad dependerá de la clase de lesión, grado de deterioro, su edad, ocupación, fecha de la lesión y sus salarios antes de lesionarse.

Beneficio Suplementario por Desplazamiento de Trabajo (Supplemental Job Displacement Benefit- SJDDB): Si Ud. se lesionó en o después del 1/1/04, y su lesión resulta en una incapacidad permanente y su empleador no ofrece un trabajo regular, modificado, o alternativo, usted podría cumplir los requisitos para recibir un vale no-transferible pagadero a una escuela para recibir un nuevo curso de reentrenamiento y/o mejorar su habilidad. Si Ud. cumple los requisitos, el administrador de reclamos pagará los gastos hasta un máximo establecido por las leyes estatales.

Beneficios por Muerte: Si la lesión o enfermedad causa la muerte, es posible que los pagos se hagan a un cónyuge y otros parientes o a las personas que viven en el hogar que dependían económicamente del trabajador difunto.

Es ilegal que su empleador le castigue o despidan por sufrir una lesión o enfermedad laboral, por presentar un reclamo o por testificar en el caso de compensación de trabajadores de otra persona. (Código Laboral, sección 132a.) De ser probado, usted puede recibir pagos por pérdida de sueldos, reposición del trabajo, aumento de beneficios y gastos hasta los límites establecidos por el estado.

Resolviendo problemas o disputas: Ud. tiene derecho a no estar de acuerdo con las decisiones que afecten su reclamo. Si Ud. tiene un desacuerdo, primero comuníquese con su empleador o administrador de reclamos para ver si usted puede resolverlo. Si usted no está recibiendo beneficios, es posible que Ud. pueda obtener beneficios del Seguro Estatal de Incapacidad (*State Disability Insurance-SDI*) o beneficios del desempleo (*Unemployment Insurance- UI*). Llame al Departamento del Desarrollo del Empleo estatal al (800) 480-3287 o (866) 333-4606, o visite su página Web en www.edd.ca.gov.

Puede Contactar a un Oficial de Información y Asistencia (Information & Assistance- I&A): Los Oficiales de Información y Asistencia (*I&A*) estatal contestan preguntas, ayudan a los trabajadores lesionados, proporcionan formularios y ayudan a resolver problemas. Algunos oficiales de *I&A* tienen talleres para trabajadores lesionados. Para obtener información importante sobre el proceso de la compensación de trabajadores y sus derechos y obligaciones, vaya a www.dwc.ca.gov o comuníquese con un oficial de información y asistencia de la División Estatal de Compensación de Trabajadores. También puede escuchar información grabada y una lista de las oficinas de *I&A* locales llamando al (800) 736-7401.

Ud. puede consultar con un abogado. La mayoría de los abogados ofrecen una consulta gratis. Si Ud. decide contratar a un abogado, los honorarios serán tomados de algunos de sus beneficios. Para obtener nombres de abogados de compensación de trabajadores, llame a la Asociación Estatal de Abogados de California (*State Bar*) al (415) 538-2120, o consulte su página Web en www.californiaspecialist.org.

Aprenda Más Sobre la Compensación de Trabajadores: Para obtener más información sobre el proceso de reclamos del programa de compensación de trabajadores, vaya a www.dwc.ca.gov. En la página Web, podrá acceder a un folleto útil, "Compensación del Trabajador de California: Una Guía para Trabajadores Lesionados." También puede contactar a un oficial de Información y Asistencia (arriba), o escuchar información grabada llamando al 1-800-736-7401.



WORKERS' COMPENSATION CLAIM FORM (DWC 1)

PETITION DEL EMPLEADO PARA DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR (DWC 1)

Employee: Complete the "Employee" section and give the form to your employer. Keep a copy and mark it "Employee's Temporary Receipt" until you receive the signed and dated copy from your employer. You may call the Division of Workers' Compensation and hear recorded information at **(800) 736-7401**. An explanation of workers' compensation benefits is included in the Notice of Potential Eligibility, which is the cover sheet of this form. Detach and save this notice for future reference.

You should also have received a pamphlet from your employer describing workers' compensation benefits and the procedures to obtain them. You may receive written notices from your employer or its claims administrator about your claim. If your claims administrator offers to send you notices electronically, and you agree to receive these notices only by email, please provide your email address below and check the appropriate box. If you later decide you want to receive the notices by mail, you must inform your employer in writing.

Empleado: Complete la sección "Empleado" y entregue la forma a su empleador. Quédese con la copia designada "Recibo Temporal del Empleado" hasta que Ud. reciba la copia firmada y fechada de su empleador. Ud. puede llamar a la División de Compensación al Trabajador al **(800) 736-7401** para oír información gravada. Una explicación de los beneficios de compensación de trabajadores está incluido en la Notificación de Posible Elegibilidad, que es la hoja de portada de esta forma. Separe y guarde esta notificación como referencia para el futuro.

Ud. también debería haber recibido de su empleador un folleto describiendo los beneficios de compensación al trabajador lesionado y los procedimientos para obtenerlos. Es posible que reciba notificaciones escritas de su empleador o de su administrador de reclamos sobre su reclamo. Si su administrador de reclamos ofrece enviarle notificaciones electrónicamente, y usted acepta recibir estas notificaciones solo por correo electrónico, por favor proporcione su dirección de correo electrónico abajo y marque la caja apropiada. Si usted decide después que quiere recibir las notificaciones por correo, usted debe de informar a su empleador por escrito.

Any person who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement or material representation for the purpose of obtaining or denying workers' compensation benefits or payments is guilty of a felony.

Toda aquella persona que a propósito haga o cause que se produzca cualquier declaración o representación material falsa o fraudulenta con el fin de obtener o negar beneficios o pagos de compensación a trabajadores lesionados es culpable de un crimen mayor "felonia".

Employee—complete this section and see note above

Empleado—complete esta sección y note la notación arriba.

1. Name. *Nombre.* _____ Today's Date. *Fecha de Hoy.* _____
2. Home Address. *Dirección Residencial.* _____
3. City. *Ciudad.* _____ State. *Estado.* _____ Zip. *Código Postal.* _____
4. Date of Injury. *Fecha de la lesión (accidente).* _____ Time of Injury. *Hora en que ocurrió.* _____ a.m. _____ p.m.
5. Address and description of where injury happened. *Dirección/lugar dónde ocurrió el accidente.* _____
6. Describe injury and part of body affected. *Describe la lesión y parte del cuerpo afectada.* _____
7. Social Security Number. *Número de Seguro Social del Empleado.* _____
8. Check if you agree to receive notices about your claim by email only. *Marque si usted acepta recibir notificaciones sobre su reclamo solo por correo electrónico.* Employee's e-mail. _____ *Correo electrónico del empleado.* _____
You will receive benefit notices by regular mail if you do not choose, or your claims administrator does not offer, an electronic service option. *Usted recibirá notificaciones de beneficios por correo ordinario si usted no escoge, o su administrador de reclamos no le ofrece, una opción de servicio electrónico.*
9. Signature of employee. *Firma del empleado.* _____

Employer—complete this section and see note below. Empleador—complete esta sección y note la notación abajo.

10. Name of employer. *Nombre del empleador.* _____
11. Address. *Dirección.* _____
12. Date employer first knew of injury. *Fecha en que el empleador supo por primera vez de la lesión o accidente.* _____
13. Date claim form was provided to employee. *Fecha en que se le entregó al empleado la petición.* _____
14. Date employer received claim form. *Fecha en que el empleado devolvió la petición al empleador.* _____
15. Name and address of insurance carrier or adjusting agency. *Nombre y dirección de la compañía de seguros o agencia administradora de seguros.* _____
16. Insurance Policy Number. *El número de la póliza de Seguro.* _____
17. Signature of employer representative. *Firma del representante del empleador.* _____
18. Title. *Título.* _____ 19. Telephone. *Teléfono.* _____

Employer: You are required to date this form and provide copies to your insurer or claims administrator and to the employee, dependent or representative who filed the claim within **one working day** of receipt of the form from the employee.

SIGNING THIS FORM IS NOT AN ADMISSION OF LIABILITY

Empleador: Se requiere que Ud. feche esta forma y que provéa copias a su compañía de seguros, administrador de reclamos, o dependiente/representante de reclamos y al empleado que hayan presentado esta petición dentro del plazo de **un día hábil** desde el momento de haber sido recibida la forma del empleado.

EL FIRMAR ESTA FORMA NO SIGNIFICA ADMISION DE RESPONSABILIDAD

Employer copy/Copia del Empleador Employee copy/Copia del Empleado Claims Administrator/Administrador de Reclamos Temporary Receipt/Recibo del Empleado

Coverage Research Service Request

– for Injured Worker Use Only

Form 811ES (05/2018)

Instructions

Purpose of Form

An injured worker requesting coverage research services in connection with a pending workers' compensation claim must complete and submit this request form to the WCIRB. This service is free to all injured workers. Coverage information is only available from 1958 to the present.

Note: The *California Workers' Compensation Coverage Inquiry* website located at caworkcompcoverage.com provides free coverage information for a specific employer on a specific date within the last five years.

Authorization

To obtain coverage information you must certify that:

1. you are an injured worker and are entitled to receive the requested coverage information;
2. the requested coverage information will be used solely in connection with a pending workers' compensation claim; and
3. the requested coverage information will not be otherwise published, distributed or released to third parties other than in connection with the administration and/or litigation of the pending workers' compensation claim.

Information Requirements

All sections of the Request Form must be completed or the request will not be processed.

Form Completion

- Print or type all information.
- Under Coverage Information Requested, list both the physical address and the P.O. Box address, if applicable.

Form Submission

Submit completed Request Form:

By email: customerservice@wcirb.com or

By mail: WCIRB California
Customer Service
Attn: Coverage Requests
1221 Broadway, Suite 900
Oakland, CA 94612

Delivery of Coverage Research Results

By email: Email delivery is preferred (provide email address on the Request Form).

By mail: Coverage research results are mailed if no email address is provided.

Questions

Call WCIRB Customer Service toll free
888.CA.WCIRB (229.2472)
7:30 AM – 4:45 PM Pacific

All products and services are prepared by the WCIRB in the normal course of business pursuant to the regulations of the California Department of Insurance or for the benefit of the WCIRB's members. The WCIRB has made reasonable efforts to ensure the accuracy of the products and services. You must make an independent assessment regarding the use of all WCIRB products and services based upon your particular facts and circumstances. The WCIRB cannot make such an assessment and shall not be liable for any damages, of any kind, whether direct, indirect, incidental, punitive or consequential, arising from the use, inability to use, or reliance upon WCIRB products and services.

Solicitud de Servicio de Investigación de Cobertura

– para Uso del Trabajador Lesionado Solamente

Formulario 811ES (05/2018)

Instrucciones

Propósito de Formulario

Para el trabajador lesionado que solicita servicios de investigación de cobertura de seguros en relación con un reclamo pendiente de Compensación del Trabajador debe completar y enviar este formulario a WCIRB. Este servicio es gratis para trabajadores lesionados. La información sobre coberturas solo está disponible desde 1958 hasta el presente.

Note: El sitio web de *Consulta Sobre Cobertura de Compensación del Trabajador de California (California Workers' Compensation Coverage Inquiry)* es un servicio gratis creado por WCIRB que tiene información de cobertura de pólizas de seguro de Compensación del Trabajador de el empleador con fecha específica dentro de los últimos 5 años. Para usar este servicio, visite a caworkcompcoverage.com.

Autorización

Para obtener información sobre una cobertura, usted debe certificar que:

1. usted es un trabajador lesionado y tiene derecho a recibir la información solicitada sobre la cobertura de seguros de Compensación del Trabajador;
2. la información de cobertura solicitada se utilizará únicamente en conexión con un reclamo pendiente de Compensación del Trabajador; y
3. la información de cobertura de seguros solicitada no se publicará de otra manera, distribuida o divulgada ni comunicada a ningún tercer partido, excepto aquellos que estén relacionados con la administración y / o litigación de un reclamo pendiente de Compensación del Trabajador.

Información Obligatoria

Todas las secciones del formulario de solicitud deben completarse o la solicitud no será procesada.

Cómo Completar el Formulario

- Imprimir o escribir toda la información que se pide.
- En la sección "Información de Cobertura Solicitada", indique la dirección física y la dirección de su casilla postal, si corresponde.

Entrego de Formulario

Envíe el formulario de solicitud completado a una de las siguiente direcciones:

Por correo electrónico: customerservice@wcirb.com

Por correo postal: WCIRB California
Customer Service
Attn: Coverage Requests
1221 Broadway, Suite 900
Oakland, CA 94612

Entrega de Resultados de Investigación de Cobertura

Por correo electrónico: Esta es la forma que se prefiere (indique su dirección de correo electrónico en el formulario de solicitud).

Por correo postal: Si no indica una dirección de correo electrónico, recibirá los resultados de la investigación de cobertura por correo postal.

Preguntas

Llame gratis al Servicio del Cliente de WCIRB
888.CA.WCIRB (229.2472)
de 7:30 AM -- 4:45 PM (Pacífico)

Todos los productos y servicios son preparados por WCIRB en el curso normal de los negocios de conformidad con las regulaciones del Departamento de Seguros de California (*California Department of Insurance*) o en beneficio de los miembros de WCIRB. WCIRB ha tomado todas medidas razonables para garantizar la precisión de los productos y servicios. Usted debe hacer una evaluación independiente acerca del uso de todos los productos y servicios de WCIRB según su situación y sus hechos particulares. WCIRB no puede hacer tal evaluación y no será responsable por cualquier tipo de daño, ya sea directo, indirecto, incidental, punitivo o consecuente, que puede producir por usar los productos y servicios de WCIRB, por no ser capaz de usarlos o por depender de ellos.

Coverage Research Service Request
– for Injured Worker Use Only
Form 811ES (05/2018)

Solicitud de Servicio de Investigación de Cobertura
– para Uso del Trabajador Lesionado Solamente
Formulario 811ES (05/2018)

Injured Worker Information. Información del Trabajador Lesionado.

Print Name of Injured Worker. *Imprimir el nombre del trabajador lesionado.*

Telephone. *Teléfono.*

Address. *Dirección.*

City. *Ciudad.*

State. *Estado.*

Zip. *Código Postal.*

Email Address for delivery of coverage information.

By providing an email address here you are authorizing the WCIRB to email the coverage research results to you rather than sending the research results by mail.

Dirección de correo electrónico para recibir la información de cobertura.

Al proporcionar una dirección de correo electrónico aquí, usted está autorizando WCIRB a enviar por correo electrónico los resultados de la investigación de cobertura en lugar de enviar los resultados por correo postal.

Coverage Information Requested — for additional employers, attach separate sheet(s).

Información de Cobertura Solicitada — para empleadores adicionales, adjunte hojas separadas.

The WCIRB is unable to supply coverage information prior to 1958. *El WCIRB no puede proporcionar información de cobertura antes de 1958.*

List the physical address and if the employer has a P.O. Box, the P.O. Box must also be included.

Indique la dirección física y, si el empleador tiene una casilla postal, indique también.

(1)

(2)

Employer. *Empleador.*

Employer. *Empleador.*

DBA (If known). *Nombre comercial (DBA, por sus siglas en inglés - si lo conoce).*

DBA (If known). *Nombre comercial (DBA, por sus siglas en inglés - si lo conoce).*

Coverage Year(s) Requested. *Año(s) de la cobertura que solicita.*

Coverage Year(s) Requested. *Año(s) de la cobertura que solicita.*

Physical Address. *Dirección física.*

Physical Address. *Dirección física.*

Physical Address City. *Ciudad de la dirección física.*

Physical Address City. *Ciudad de la dirección física.*

Physical Address State. *Estado de la dirección física.*

Zip. *Código Postal.*

Physical Address State. *Estado de la dirección física.*

Zip. *Código Postal.*

P.O. Box Address. *Dirección de la Casilla Postal (P.O. Box).*

P.O. Box Address. *Dirección de la Casilla Postal (P.O. Box).*

P.O. Box City. *Ciudad de la Casilla Postal (P.O. Box).*

P.O. Box City. *Ciudad de la Casilla Postal (P.O. Box).*

P.O. Box State. *Estado de la Casilla Postal (P.O. Box).*

Zip. *Código Postal.*

P.O. Box State. *Estado de la Casilla Postal (P.O. Box).*

Zip. *Código Postal.*

Certification and Restricted Use of Information

Certificación y Uso Limitado de Información

By signing below, I (1) certify that I am an injured worker in a pending workers' compensation claim, (2) agree that the coverage information provided shall be used solely in connection with the administration and/or litigation of a pending workers' compensation claim and for no other purpose, (3) agree that the information provided by the WCIRB is confidential and proprietary and shall not be published, distributed, released or communicated to third parties, other than in relation to the administration and/or litigation of a pending workers' compensation claim, and (4) affirm that all information provided on this form is true and correct.

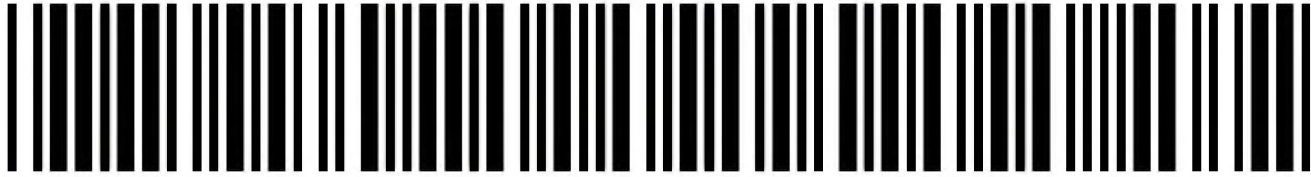
Al firmar a continuación, yo (1) certifico que soy un trabajador lesionado en un reclamo pendiente de Compensación del Trabajador, (2) acepto que la información de cobertura presentada se utilizará únicamente en conexión con la administración y / o el litigio de un reclamo pendiente de Compensación del Trabajador y para ningún otro propósito, (3) entiendo que la información proporcionada a WCIRB de cobertura de seguros solicitada no se publicará de otra manera, distribuida o divulgada ni comunicada a ningún tercer partido, excepto aquellos que estén relacionados con la administración y / o litigación de un reclamo pendiente de Compensación del Trabajador (4) confirmo que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta.

Name. *Nombre.*

Date. *Fecha.*

STATE OF CALIFORNIA
DWC DISTRICT OFFICE

DOCUMENT COVER SHEET



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

More than 15 Companion Cases

Date:(MM/DD/YYYY)

SSN: _____

Specific Injury

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)

Body Part 1: _____

Body Part 3: _____

Body Part 2: _____

Body Part 4: _____

Other Body Parts: _____

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

ADJ DEU SIF UEF SAU INT RSU

Companion Cases

Specific Injury

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: _____

Specific Injury

Case Number 3

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: _____

Specific Injury

Case Number 4

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: _____

Specific Injury

Case Number 5

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: _____



Specific Injury

Case Number 6

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: _____

Specific Injury

Case Number 7

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: _____

Specific Injury

Case Number 8

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: _____



Specific Injury

Case Number 9

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: _____

Specific Injury

Case Number 10

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: _____

Specific Injury

Case Number 11

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: _____



Specific Injury

Case Number 12

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: _____

Specific Injury

Case Number 13

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: _____

Specific Injury

Case Number 14

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)

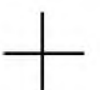
Body Part 1: _____

Body Part 3: _____

Body Part 2: _____

Body Part 4: _____

Other Body Parts: _____



Specific Injury

Case Number 15 _____

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: _____



Specific Injury

Case Number 16 _____

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 |

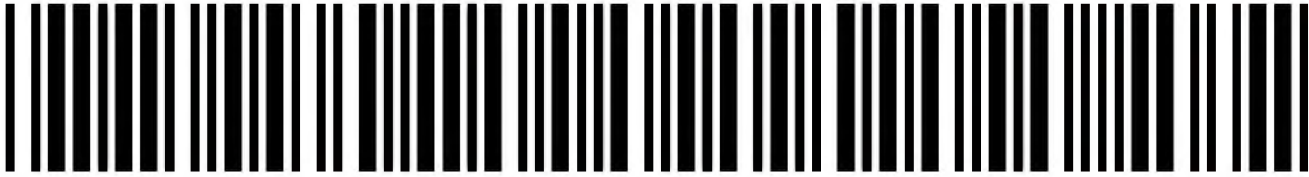
Utilice este documento para completar los formularios, pero no lo entregue junto con ellos.



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

Date:(MM/DD/YYYY)

SSN:

SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

NÚMERO DE CASO DE EAMS

Case Number 1

Specific Injury

FECHA DE LA LESIÓN

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: _____

Other Body Parts: _____

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

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: _____

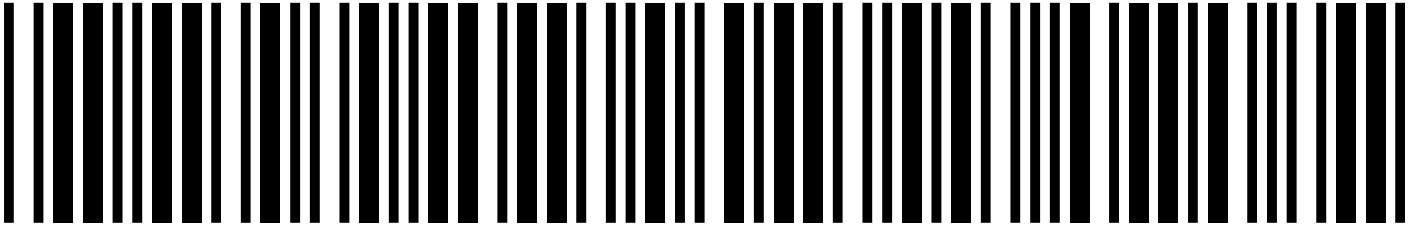
Body Part 2: _____

Body Part 4: _____

Other Body Parts: _____



DOCUMENT SEPARATOR SHEET



Product Delivery Unit

Document Type

Document Title

Document Date

MM/DD/YYYY

Author

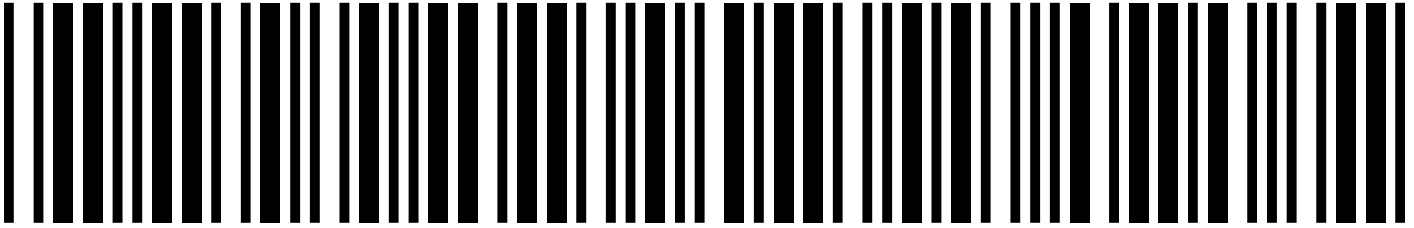
Office Use Only

Received Date

MM/DD/YYYY



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

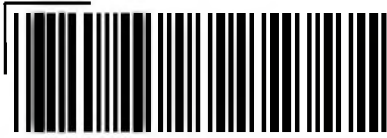
Author

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**



Amended Application

Case No.

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).)

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

Injured Worker (Completion of this section is required)

First Name _____
MI

Last Name

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)

City _____
State _____
Zip Code

Applicant (If other than Injured Worker)

- Insurance Carrier
- Employer
- Lien Claimant

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



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

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

City

State

Zip Code

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

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

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

City

State

Zip Code

Claims Administrator Information (If known and if applicable)

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

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

City

State

Zip Code

IT IS CLAIMED THAT (Complete all relevant information):

1. The injured worker, born _____, while employed as a(n) _____
(DATE OF BIRTH: MM/DD/YYYY) (OCCUPATION AT THE TIME OF INJURY)

(Choose only one)

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

City , State Zip Code

(State which parts of the body were injured)

Body Part 1: _____

Body Part 2: _____

Body Part 3: _____

Body Part 4: _____

Other Body Parts: _____

2. The injury occurred as follows:

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

Empty rectangular box for injury description.

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

Number of hours worked per week _____

4. The injury caused disability as follows:

Last day off work due to injury: _____
MM/DD/YYYY

First Period of Disability: Start Date _____ End Date _____
MM/DD/YYYY MM/DD/YYYY

Second Period of Disability: Start Date _____ End Date _____
MM/DD/YYYY MM/DD/YYYY

5. Compensation:

Compensation was paid: Yes No

Total paid: _____

Weekly rate(s): _____

Date of last payment: _____
MM/DD/YYYY

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

7. Medical treatment:

Medical treatment was received:

Yes No

All treatment was furnished by the Employer or Insurance Carrier:

Yes No

Date of last treatment: _____
MM/DD/YYYY

Other treatment was provided/paid by: _____
(NAME OF PERSON OR AGENCY PROVIDING OR PAYING FOR MEDICAL CARE)

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

Yes No

Names and addresses of doctor(s)/hospital(s)/clinic(s) that treated or examined for this injury, but that were not provided or paid for by the employer or insurance carrier:

Name of Doctor/Hospital/Clinic 1 (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

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:

Case Number 1

Case Number 3

Case Number 2

Case Number 4

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Temporary disability indemnity | <input type="checkbox"/> Permanent disability indemnity |
| <input type="checkbox"/> Reimbursement for medical expense | <input type="checkbox"/> Rehabilitation |
| <input type="checkbox"/> Medical treatment | <input type="checkbox"/> Supplemental Job Displacement/Return to Work |
| <input type="checkbox"/> Compensation at proper rate | <input type="checkbox"/> Other (Specify) _____ |

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

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

Law Firm/Attorney Non-Attorney Representative

Law Firm or Company Name (If Applicable)

Law Firm Number (If Applicable)

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

Applicant Attorney/Representative Signature _____
Applicant Signature

Dated at _____, California
City

Date _____
MM/DD/YYYY

INSTRUCTIONS

FILING AND SERVICE OF A DECLARATION OF READINESS IS A PREREQUISITE TO THE SETTING OF A CASE FOR HEARING.

Effect of Filing Application

Filing of this application begins formal proceedings against the defendant(s) named in your application.

Assistance in Filling Out Application

You may request the assistance of an information and assistance officer of the Division of Workers' Compensation.

Right to Attorney

You may be represented by an attorney or agent, or you may represent yourself. The attorney's fee will be set by the Workers' Compensation Appeals Board at the time the case is decided and is ordinarily payable out of your award.

Filling Out Application

For "amended" applications, the venue choice must be the same as that specified on the original application, unless an order changing venue has issued. A street or P.O. Box address within the United States must be entered for the place where the injury occurred. Therefore, if the injury did not occur at a fixed or identifiable location (such as a field, a highway, or on water), or if the injury occurred outside of the United States, the employer's business address or another appropriate address must be specified; however, a short explanation regarding the place of injury may be appended to the application. If medical treatment has been paid for by Medi-Cal, Medicare, group health insurance, or a private carrier, please specify.

Service of Documents

Your attorney or agent will serve all documents in accordance with Labor Code section 5501 and the Workers' Compensation Appeals Board's Rules of Practice and Procedure.

If you have no attorney or agent, copies of this application will be served by the Workers' Compensation Appeals Board on all parties. If you file any other document, you must mail or deliver a copy of the document to all parties in the case.

IMPORTANT!

If any applicant is under 18 years of age, it will be necessary to file a Petition for Appointment of Guardian ad Litem. Forms for this purpose may be obtained at the district office of the Workers' Compensation Appeals Board, or by calling the district office and requesting this form.



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

(DATE OF BIRTH: MM/DD/YYYY)

, while employed as a(n)

SU OCUPACIÓN AL TIEMPO DE LA LESIÓN

(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

(Start Date: MM/DD/YYYY)

and ended on

(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:

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

Body Part 2:

Body Part 3:

Body Part 4:

Other Body
Parts:

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

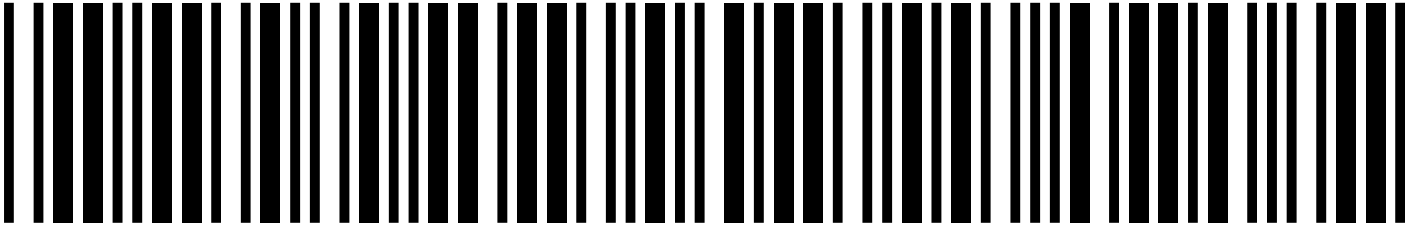
Su abogado o agente, entregará todos los documentos de acuerdo con la Sección 5501 del Código Laboral y las Reglas de Práctica y Procedimiento de la Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores.

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

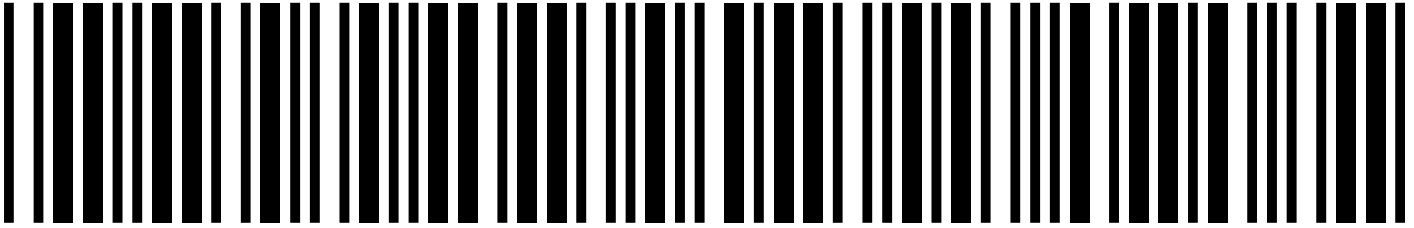
Office Use Only

Received Date

MM/DD/YYYY



DOCUMENT SEPARATOR SHEET



Product Delivery Unit

Document Type

Document Title

Document Date
MM/DD/YYYY

Author

Office Use Only

Received Date _____
MM/DD/YYYY



DECLARATION PURSUANT TO LABOR CODE SECTION 4906(h)

Pursuant to Labor Code Section 4906(h), I declare under penalty of perjury that I have not violated Section 139.3 and I have not offered, delivered, received, or accepted any rebate, refund, commission, preference, patronage dividend, discount, or other consideration, whether in the form of money or otherwise, as compensation or inducement for any referred examination or evaluation.

Date: _____

Signature

Before signing this form, you should be aware that: “Any person who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement or representation for the purpose of obtaining or denying workers’ compensation benefits or payments is guilty of a felony.”

**DECLARACIÓN CONFORME A LA SECCIÓN §4096(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.

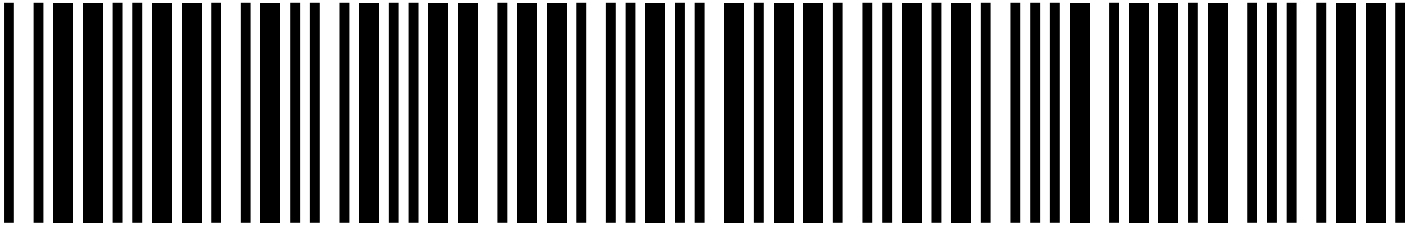
Fecha: FECHA DE HOY

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.”

DOCUMENT SEPARATOR SHEET



Product Delivery Unit

Document Type

Document Title

Document Date

MM/DD/YYYY

Author

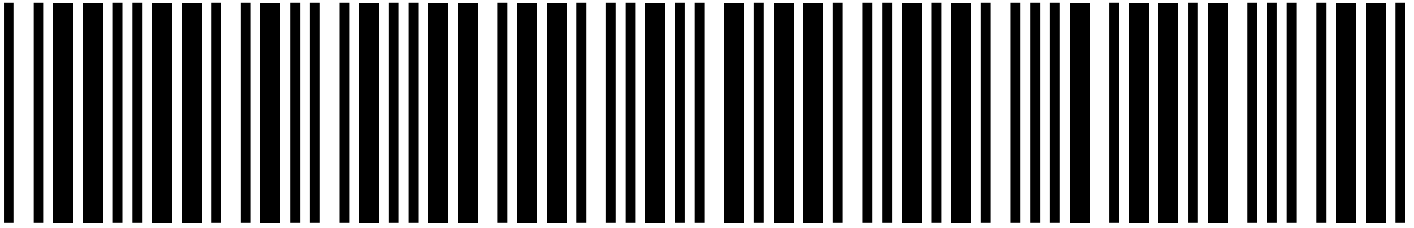
Office Use Only

Received Date

MM/DD/YYYY



DOCUMENT SEPARATOR SHEET



Product Delivery Unit

ADJ

Document Type

LEGAL DOCS

Document Title

DECLARATION OF READINESS TO PROCEED

Document Date

FECHA EN QUE LLENÓ EL FORMULARIO

MM/DD/YYYY

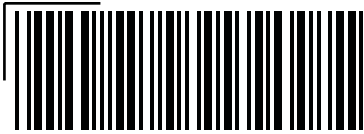
Author

SU NOMBRE

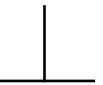
Office Use Only

Received Date

MM/DD/YYYY



**STATE OF CALIFORNIA
DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION
WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD
DECLARATION OF READINESS TO PROCEED**



NOTICE: Any objection to the proceedings requested by a Declaration of Readiness to proceed shall be filed and served within ten (10) days after service of the Declaration.

Case No. _____

Applicant

First Name _____

MI

Last Name _____

VS

Employer Information

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

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

City _____

State _____

Zip Code _____

Declarants: Please designate your role (Please Select Only One)

- Employee Applicant Defendant Lien Claimant

Declarant requests: (Please Select Only One)

- Mandatory Settlement Conference Status Conference Rating MSC* Priority Conference
 Lien Conference

At the present time the principal issues are: (Check all that apply)

- Compensation Rate Rehabilitation/SJDB Temporary Disability Self-Procured Medical Treatment
 Permanent Disability Future Medical Treatment AOE/COE Discovery
 Employment Other _____

Declarant relies on the report(s) of:

Doctors (s) _____ date _____

MM/DD/YYYY

*For a Rating MSC, all ratable medical reports, including treating physician, QME and AME reports, must be filed with this Declaration of Readiness, unless they have been previously filed. A Rating MSC will be set only where the issues are limited to permanent disability and the need for future medical treatment.

Declarant states under penalty perjury that he or she is presently ready to proceed to hearing on the issues below and has made the following specific, genuine, good faith efforts to resolve the dispute(s) listed below:

Unless a status or priority conference is requested, I have completed discovery on the issues listed above, and that all medical reports in my possession or control have been filed and served as required by the rules promulgated by the Court Administrator.

Copies of this Declaration have been served this date as shown on the attached proof of service.

Declarant's Signature _____

Name of declarant or name of the law firm of the declarant (Print or Type)

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

Phone Number

Date _____
MM/DD/YYYY

INSTRUCTIONS

1. This Declaration must be completed and filed before any case will be set for hearing at the request of any party. A party may request a mandatory settlement conference hearing, status conference hearing, rating mandatory settlement conference hearing, priority conference hearing or a lien conference.

A mandatory settlement conference is held to assist the parties in resolving the dispute. If the dispute cannot be resolved at that time, the parties should be ready to frame issues, record stipulations, list exhibits, and list the witnesses who will testify at trial. A trial is set only at the discretion of the judge and is set for the purpose of receiving evidence.

A rating mandatory settlement conference is a mandatory settlement conference but ratings of the medical reports will be available at the time of the conference.

A status conference is not a mandatory settlement conference but a proceeding for which judicial attention is required. It can include, but is not limited to, a conference in a complicated case in which discovery is not complete and the parties need the judge's guidance.

A priority conference is a conference held under Labor Code section 5502(c) in which the injured worker is represented **by an attorney and the issues include employment and/or injury arising out of and in the course of employment.**

A lien conference is a proceeding for which judicial attention is required to resolve disputes on liens. If the dispute cannot be resolved at that time, the parties should be ready to frame issues, record stipulations, list exhibits, and list the witnesses who will testify at trial.

2. A lien claimant may file a declaration of readiness to proceed only after the underlying case has been resolved or where the applicant chooses not to proceed with his or her case. (Labor Code § 4903.6 (b).) A declaration of readiness filed by a lien claimant shall be accompanied by the verification required by section 10770.6 of title 8 of the California Code of Regulation. The failure to attach the verification or an incorrect verification may be a basis for sanctions.

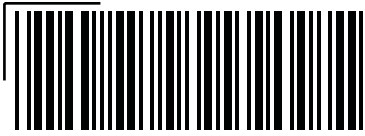
3. Unless notified otherwise, no witness other than the applicant need attend conference hearings. **Claims adjusters and lien claimants must be present or available by telephone.**

4. The party requiring an interpreter must arrange for the presence of an interpreter, except that the defendant(s) must arrange for the presence of the interpreter if the injured worker is not represented by an attorney.

5. Continuances are not favored and none will be granted after the filing of this Declaration without a clear and timely showing of good cause.

6. The Workers' Compensation Appeals Board favors the presentation of medical evidence in the form of written reports.

Workers' Compensation Information and Assistance - 1 (800) 736-7401



STATE OF CALIFORNIA
 DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION
 WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD
 DECLARATION OF READINESS TO PROCEED

EJEMPLO

NÚMERO DE CASO DE EAMS

NOTICE: Any objection to the proceedings requested by a Declaration of Readiness to proceed shall be filed and served within ten (10) days after service of the Declaration.

Case No. _____

Applicant

SU PRIMER NOMBRE

First Name _____ MI _____

SU APELLIDO

Last Name _____ **VS**

Employer Information

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 _____

Declarants: Please designate your role (Please Select Only One)

- Employee Applicant Defendant Lien Claimant

Declarant requests: (Please Select Only One)

SELECCIONE LA CLASE DE AUDIENCIA QUE QUIERE (VEA LA PÁGINA 3 DE LA HOJA DE INSTRUCCIÓN PARA LAS DEFINICIONES)

- Mandatory Settlement Conference Status Conference Rating MSC* Priority Conference
 Lien Conference

MARQUE TODAS LAS CUESTIONES QUE ACTUALMENTE APLICAN A ESTA SOLICITUD

At the present time the principal issues are: (Check all that apply)

- Compensation Rate Rehabilitation/SJDB Temporary Disability Self-Procured Medical Treatment
 Permanent Disability Future Medical Treatment AOE/COE Discovery
 Employment Other _____

Declarant relies on the report(s) of:

Doctors (s) **NOMBRE DEL MÉDICO CUYO INFORME ESTÁ USANDO**

date **FECHA DEL INFORME**

MM/DD/YYYY

*For a Rating MSC, all ratable medical reports, including treating physician, QME and AME reports, must be filed with this Declaration of Readiness, unless they have been previously filed. A Rating MSC will be set only where the issues are limited to permanent disability and the need for future medical treatment.

Declarant states under penalty perjury that he or she is presently ready to proceed to hearing on the issues listed above and that he or she has made the following specific, genuine, good faith efforts to resolve the dispute(s) listed below:

DECLARE LOS ESFUERZOS QUE HA HECHO PARA RESOLVER LA DISPUTA

Unless a status or priority conference is requested, I have completed discovery on the issues listed above, and that all medical reports in my possession or control have been filed and served as required by the rules promulgated by the Court Administrator.

Copies of this Declaration have been served this date as shown on the attached proof of service.

Declarant's Signature SU FIRMA

SI NO TIENE ABOGADO, ESCRIBA SU NOMBRE USANDO LETRAS DE MOLDE

Name of declarant or name of the law firm of the declarant (Print or Type)

SU DIRECCIÓN

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

SU NÚMERO DE TELÉFONO

Phone Number

Date FECHA DE HOY
MM/DD/YYYY

1. Esta Declaración debe completarse y presentarse antes de que se fije una audiencia a solicitud de cualquiera de las partes. Una parte puede solicitar una audiencia de conferencia obligatoria de conciliación, una audiencia de conferencia intermedia, una audiencia de conferencia de clasificación obligatoria de conciliación, una audiencia de conferencia de prioridad o una conferencia de gravamen o embargo preventivo.

Una conferencia obligatoria de conciliación se lleva a cabo para ayudar a las partes a resolver la disputa. Si la disputa no puede resolverse en ese momento, las partes deben estar listas para enmarcar las cuestiones, registrar estipulaciones, enumerar las pruebas y enumerar los testigos que testificarán en el juicio. Un juicio se establece solo a la discreción del juez y se establece con el propósito de recibir pruebas.

Una conferencia de clasificación obligatoria de conciliación es una conferencia obligatoria de conciliación, pero las clasificaciones de los informes médicos estarán disponibles en el momento de la conferencia.

Una conferencia intermedia no es una conferencia obligatoria de conciliación, sino un procedimiento en el que se requiere atención judicial. Puede incluir, pero no se limita, a una conferencia en un caso complicado en el que el descubrimiento no está completo y las partes necesitan la orientación del juez.

Una conferencia de prioridad es una conferencia que se lleva a cabo bajo la sección 5502(c) del Código Laboral en la que el trabajador lesionado está representado por un abogado y las disputas incluyen el empleo y/o lesiones que surgen de y en el transcurso del empleo.

Una conferencia de gravamen o embargo preventivo es un procedimiento por el cual se requiere atención judicial para resolver disputas sobre gravámenes o embargos preventivos. Si la disputa no puede resolverse en ese momento, las partes deben estar listas para enmarcar las cuestiones, registrar estipulaciones, enumerar las pruebas y enumerar los testigos que testificarán en el juicio.

2. Un reclamante de gravamen o embargo preventivo puede presentar una declaración de disposición para proceder solo después de que el caso subyacente haya sido resuelto o cuando el solicitante decida no proceder con su caso. (Código Laboral § 4903.6 (b)). La declaración de disposición presentada por un reclamante de gravamen deberá ir acompañada de la verificación requerida por la sección 10770.6 del título 8 del Código de Regulación de California. La falta de adjuntar la verificación o una verificación incorrecta puede ser una base para sanciones.

3. A menos que se notifique lo contrario, ningún testigo que no sea el solicitante debe asistir a las audiencias de conferencia. Los ajustadores de reclamos y los reclamantes de gravamen deben estar presentes o disponibles por teléfono.

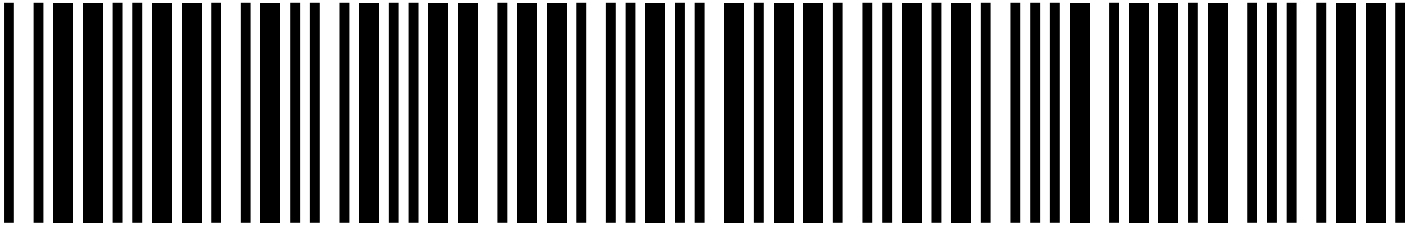
4. La parte que requiere un intérprete debe coordinar la presencia de un intérprete, excepto que el demandado debe coordinar la presencia del intérprete si el trabajador lesionado no está representado por un abogado.

5. Aplazamientos no son favorecidos y ninguno se concederá después de presentar esta Declaración, sin una demostración clara y oportuna de una buena causa.

6. La Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores favorece la presentación de pruebas médicas en la forma de informes escritos.

Workers' Compensation Information and Assistance - 1 (800) 736-7401

DOCUMENT SEPARATOR SHEET



Product Delivery Unit

Document Type

Document Title

Document Date

MM/DD/YYYY

Author

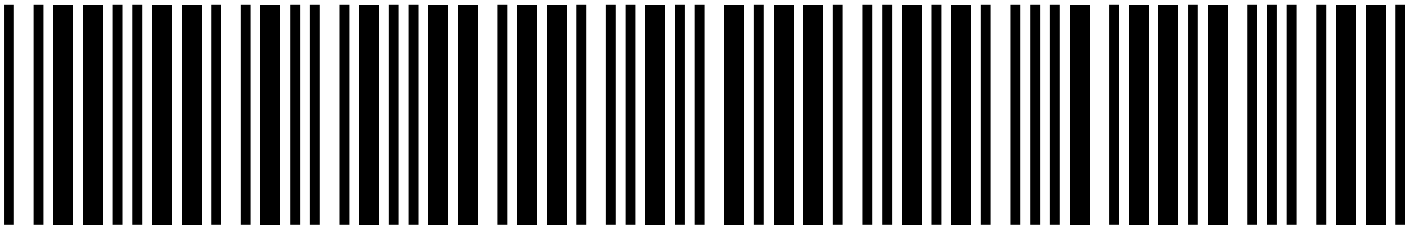
Office Use Only

Received 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



**WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD
SPECIAL NOTICE OF LAWSUIT**

(Pursuant to Labor Code 3716 and Code of Civil Procedure Sections 412.20 and 412.30)

WCAB NO.:

To: **DEFENDANT, ILLEGALLY UNINSURED EMPLOYER:**

AVISO: Usted está siendo demandado. La corte puede expedir una decisión en contra suya sin darle la oportunidad de defenderse a menos que usted actúe pronto. Lea la siguiente información.

| | |
|------------|---------------|
| Applicant. | Defendant(s). |
|------------|---------------|

NOTICES

1) A lawsuit, the Application for Adjudication of Claim, has been filed with the Workers' Compensation Appeals Board against you as the named defendant by the above-named applicant(s).

You may seek the advice of an attorney in any matter connected with this lawsuit and such attorney should be consulted promptly so that your response may be filed and entered in a timely fashion.

If you do not know an attorney, you may call an attorney reference service or a legal aid office. You may also request assistance / information from an Information and Assistance Officer of the Division of Workers' Compensation. (See telephone directory.)

2) An Answer to the Application must be filed and served within six days of the service of the Application pursuant to Appeals Board rules; therefore, your written response must be filed with the Appeals Board promptly; a letter or phone call will not protect your interests.

3) You will be served with a Notice(s) of Hearing and must appear at all hearings or conferences. After such hearing, even absent your appearance, a decision may be made and an award of compensation benefits may issue against you. The award could result in the garnishment of your wages, taking of your money or property, or other relief.

If the Appeals Board makes an award against you, your house or other dwelling or other property may be taken to satisfy that award in a non-judicial sale, with no exemptions from execution.

A lien may also be imposed upon your property without further hearing and before the issuance of an award.

4) You must notify the Appeals Board of the proper address for the service of official notices and papers and notify the Appeals Board of any changes in that address.

**TAKE ACTION NOW TO PROTECT YOUR INTERESTS!
Issued by: WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD**

Name and Address of Appeals Board: **WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD**

Name and Address of Applicant's Attorney:

FORM COMPLETED BY:

Telephone No.:

NOTICE TO THE PERSON SERVED: You are served:

1. as an individual defendant
2. as the person sued under the fictitious name of (specify):
3. on behalf of (specify):

| | | |
|--------|--|---|
| under: | <input type="checkbox"/> CCP 416.10 (corporation | <input type="checkbox"/> CCP 416.60 (minor) |
| | <input type="checkbox"/> CCP 416.20 (defunct corporation) | <input type="checkbox"/> CCP 416.70 (conservatee) |
| | <input type="checkbox"/> CCP 416.40 (association or partnership) | <input type="checkbox"/> CCP 416.90 (authorized person) |
| | <input type="checkbox"/> other (specify): | |
4. by personal delivery on (date):

PROOF OF SERVICE -- SPECIAL NOTICE OF LAWSUIT

1) I served the (check all that apply):

- a. Special Notice of Lawsuit Application for Adjudication of Claim Claim Form
 Order Joining Party Defendant Medical Records Other (specify):

b. on defendant (name):

c. Person served: Party in 1(b) Other (specify name and relationship to defendant):

d. Address where the party was served:

e. by delivery at home at business other (specify):

- (a) date:
- (b) time:
- (c) address:

f. by mailing

- (1) date:
- (2) place:

2) Manner of service (check proper box)

- a. Personal service. By personally delivering copies (CCP 415.10)
- b. **Substituted service on corporation, unincorporated association (including partnership), or public entity.** By leaving, during usual office hours, copies in the office of the person served with the person who apparently was in charge and thereafter mailing (by first class mail, postage prepaid) copies to the person served at the place where the copies were left. [CCP 415.20(a)]
- c. Substituted service on natural person, minor, conservatee, or candidate. By leaving copies at the dwelling house, usual place of above, or usual place of business of the person served in the presence of a competent member of the household or a person apparently in charge of the office or place of business, at least 18 years of age, who was informed on the general nature of the papers, and thereafter mailing on (date)_____ from (city)_____ or declaration of mailing attached (by first-class mail, postage prepaid) copies to the person served at the place where the copies were left. [CCP 415.20(b)] (*Attach separate declaration or affidavit stating acts relied on to establish reasonable diligence in first attempting personal service.*)
- d. **Mail and acknowledgment service.** By mailing (by first class mail or airmail, postage prepaid) copies to the person served, together with two copies of the form of notice and acknowledgment and a return envelope, postage prepaid, addressed to the sender. (CCP 415.30) (*Attach completed acknowledgment of receipt.*)
- e. **Certified or registered mail service.** By mailing to an address outside California (by first-class mail, postage prepaid, requiring a return receipt) copies to the person served. (CCP 415.40) (*Attach signed return receipt or other evidence of actual delivery to the person served.*)
- f. **Other (specify code section):**
- g. Additional page describing service is attached.

3) The "Notice to the Person Served" (on the Notice) was completed as follows (CCP 412.30, 415.0 and 474):

- a. as an individual defendant.
- b. as the person sued under the fictitious name of (specify):
- c. on behalf of (specify):
under: CCP 416.10 (corporation) CCP 416.60 (minor)
 CCP 416.20 (defunct corporation) CCP 416.70 (conservatee)
 CCP 416.40 (association or partnership) CCP 416.90 (authorized person)
 other (specify):

4) At the time of service I was at least 18 years of age and not a party to this action.

5) Fee for service: \$

6) Person serving: Name:

Address:

Telephone no.:

- a. Not a registered California process server.
- b. Exempt from registration under Bus. & Prof. Code 22350(b).
- c. Registered California process server:
 - (i) Owner Employee Independent contractor
 - (ii) Registration no.:
 - (iii) County:
- d. California sheriff, marshal or constable.

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the foregoing is true and correct.

(For California sheriff, marshal or constable use only)
I certify that the foregoing is true and correct.

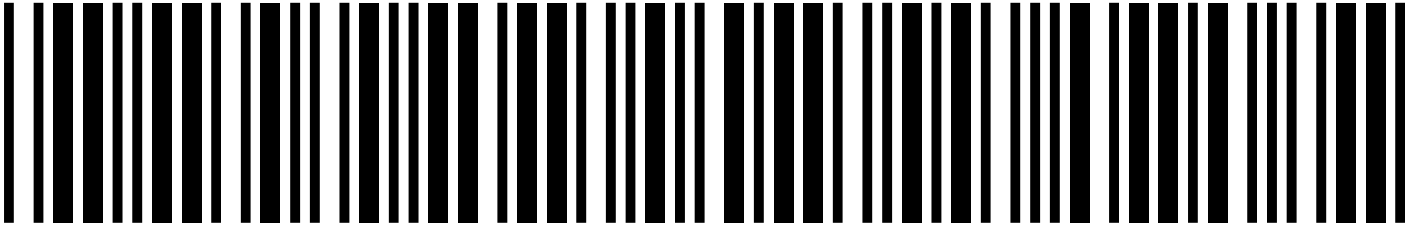
(Signature)

(Date)

Signature)

(Date)

DOCUMENT SEPARATOR SHEET



Product Delivery Unit

Document Type

Document Title

Document Date

MM/DD/YYYY

Author

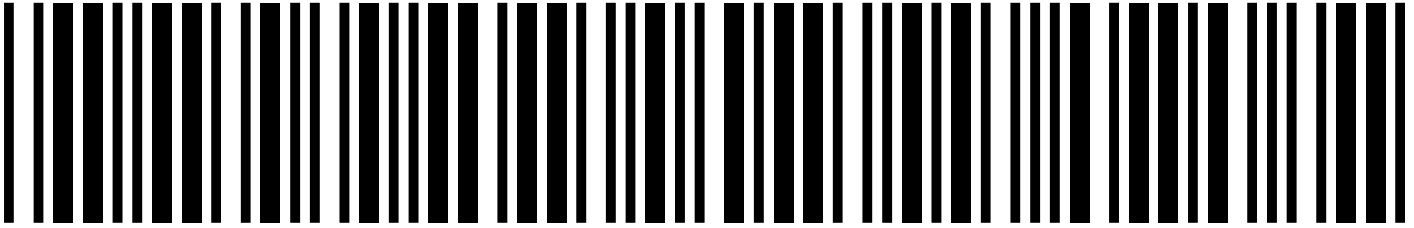
Office Use Only

Received Date

MM/DD/YYYY



DOCUMENT SEPARATOR SHEET



Product Delivery Unit

ADJ

Document Type

LEGAL DOCS

Document Title

PETITION TO JOIN UEBTF

Document Date

FECHA EN OUE LLENÓ EL FORMULARIO

MM/DD/YYYY

Author

SU NOMBRE

Office Use Only

Received Date

MM/DD/YYYY



State of California
Department of Industrial Relations
Division of Workers' Compensation
Workers' Compensation Appeals Board

Applicant

EAMS Case No:

Vs.

**PETITION TO JOIN PARTY
DEFENDANT**

Defendant(s)

Petitioner hereby requests that the following be joined as a party defendant:

(Select office nearest your residence)

_____ Uninsured Employers Benefits Trust Fund, 1515 Clay Street, 17th Floor, Oakland, CA 94612

_____ Uninsured Employers Benefits Trust Fund, 320 West 4th Street, 6th Floor, Los Angeles, CA 90013

Proof of Service:

On _____ at _____
(Date) (Place) _____
Petitioner (print name)

Copies mailed to following addresses:

1. _____
2. _____
3. _____

X _____
Signature of Petitioner

EJEMPLO

State of California
Department of Industrial Relations
Division of Workers' Compensation
Workers' Compensation Appeals Board

SU NOMBRE

Applicant

EAMS Case No:

NÚMERO DE CASO

Vs.

**PETITION TO JOIN PARTY
DEFENDANT**

EL NOMBRE DE SU EMPLEADOR

Defendant(s)

Petitioner hereby requests that the following be joined as a party defendant:

(Select office nearest your residence)

SELECCIONE LA OFICINA QUE ESTÁ MÁS CERCANA A SU RESIDENCIA

_____ Uninsured Employers Benefits Trust Fund, 1515 Clay Street, 17th Floor, Oakland, CA 94612

_____ Uninsured Employers Benefits Trust Fund, 320 West 4th Street, 6th Floor, Los Angeles, CA 90013

Proof of Service:

On **FECHA DE HOY** at **CIUDAD, ESTADO**
(Date) (Place)

ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

Petitioner (print name)

Copies mailed to following addresses:

1. **WCAB**

2. **NOMBRE Y DIRECCIÓN DE SU EMPLEADOR**

3. _____

X **SU FIRMA**

Signature of Petitioner

VERIFICATION

STATE OF CALIFORNIA

County of _____

I, the undersigned, say that I am _____, a party to this action. I have read the foregoing Petition to Join UEBTF and know the contents thereof, and that the same is true of my own knowledge, except as to the matters which are therein stated upon my information or belief, and as to those matters that I believe to be true.

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct.

Executed on _____ at _____, California.

Petitioner

April 2014

VERIFICACIÓN

ESTADO DE CALIFORNIA

CONDADO DE **SU CONDADO** _____

Yo, el abajo firmante, digo que soy **SU NOMBRE** _____, una parte a esta acción. He leído la **Petición para Unir al UEBTF** anterior y conozco el contenido de eso, y que lo mismo es verdad de mi propio conocimiento, a excepción de aquellos asuntos contenidos en el mismo, basados en conocimiento y convicción, y respecto a ellos, los creo ciertos.

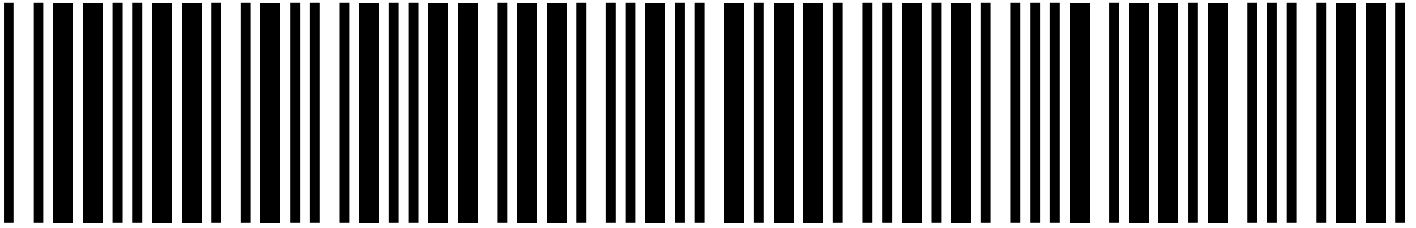
Declaro bajo pena de perjurio que lo anterior es verdadero y correcto.

Ejecutado el **FECHA DE HOY** en **SU CIUDAD** _____, California.

SU FIRMA

Solicitante

DOCUMENT SEPARATOR SHEET



Product Delivery Unit

Document Type

Document Title

Document Date

MM/DD/YYYY

Author

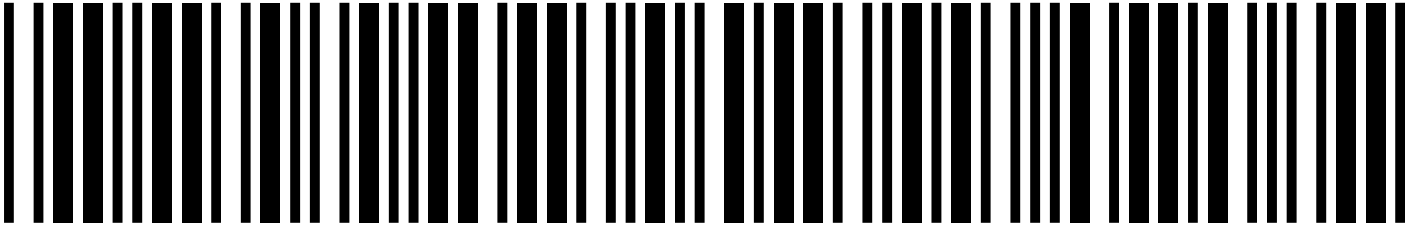
Office Use Only

Received Date

MM/DD/YYYY



DOCUMENT SEPARATOR SHEET



Product Delivery Unit

ADJ

Document Type

LEGAL DOCS

Document Title

PROOF OF SERVICE

Document Date

FECHA EN OUE LLENÓ EL FORMULARIO

MM/DD/YYYY

Author

SU NOMBRE

Office Use Only

Received Date

MM/DD/YYYY

Proof of Service by Mail

I declare that:

I am (resident of / employed in) the county of _____, California.

I am over the age of eighteen years, my (business / residence) address is:

On _____, I served the attached _____
on the parties listed below in said case, by placing a true copy thereof enclosed in
a sealed envelope with postage thereon fully paid, in the United State mail at
_____ addressed as follows:

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the
foregoing is true and correct, and that this declaration was executed on

(date) _____, at _____, California.

Type or print name _____

Signature _____

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