Cómo presentar un embargo preventivo

El presentar una notificación y solicitar la concesión de un embargo preventivo es como usted hace un reclamo del pago de dinero que se le debe a cuenta de un caso de compensación para trabajadores.

Se le adjunta un formulario de embargo preventivo. Complete el formulario. Asegúrese de firmarlo y fecharlo. Adjunte una declaración completa o una factura detallada que sustente el embargo preventivo.

En la esquina derecha de la parte superior del embargo preventivo tiene que indicarse un número de caso con la Junta de Apelaciones de Compensación para Trabajadores *(Workers' Compensation Appeals Board - WCAB)*. Si no hay un número de caso con la *WCAB*, comuníquese a la oficina local de Información & Asistencia *(Information & Assistance - I&A).*

Envíe el original a su oficina local de la *WCAB* y copias a todas las partes. Es importante que marque la casilla que indica que a todas las partes se les ha notificado.

Además, hay límites de tiempo para los proveedores médicos y las personas solicitantes médicas-legales de embargos preventivos, para presentar embargos preventivos. Dichos embargos preventivos tienen que presentarse:

1. En un plazo de seis meses, a partir de un fallo final, resultados, indemnización o mandato, incluyendo un mandato que apruebe un compromiso y liberación
2. En un plazo de cinco años a partir de la fecha de la lesión
3. Ó en un plazo de un año a partir de la fecha en que se proporcionaron los servicios, lo que sea después.

Para la concesión de un embargo preventivo no se requieren ni el consentimiento del/de la empleado(a), ni su firma. Guarde una copia para sus archivos.

Los subscriptores de *EDEX* también pueden utilizar el sistema de *EDEX* de la *DWC* para presentar embargos preventivos electrónicamente con la *WCAB*. Para obtener más información, comuníquese con el administrador de *EDEX* a: *DWC*, P. O. Box 420603, San Francisco, CA 94142 ó en eliens@dir.ca.gov.

Si usted necesita ayuda, llame a una oficina de Información y Asistencia *(I&A)* o asista a un taller para trabajadores lesionados. Los números telefónicos de las oficinas locales de *I&A* se enumeran en el reverso de esta guía. Usted puede obtener información sobre un taller local de la oficina de *I&A* o en la Internet en www.dir.ca.gov/dwc.

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.

WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD
DISTRICT OFFICES

ANAHEIM, 92801-1162
1661 N. Raymond Ave., Suite 202
Information & Assistance Unit **(714) 738-4038**

BAKERSFIELD, 93301-1929
1800 30th Street, Suite 100
Information & Assistance Unit **(661) 395-2514**

EUREKA, 95501-0481
100 "H" Street, Suite 202
Information & Assistance Unit **(707) 441-5723**

FRESNO, 93721-2280
2550 Mariposa Street, Suite 4078
Information & Assistance Unit **(559) 445-5355**

GOLETA, 93117-3018
6755 Hollister Avenue, Suite 100
Information & Assistance Unit **(805) 968-4158**

GROVER BEACH, 93433-2261
1562 W. Grand Avenue
Information & Assistance Unit **(805) 481-3380**

LONG BEACH, 90802-4339
300 Oceangate Street, Suite 200
Information & Assistance Unit **(562) 590-5240**

LOS ANGELES, 90013-1105
320 West 4th Street, 9th Floor
Information & Assistance Unit **(213) 576-7389**

OAKLAND, 94612-1402
1515 Clay Street, 6th Floor
Information & Assistance Unit **(510) 622-2861**

OXNARD, 93030
2220 East Gonzales Road, Suite 100
Information & Assistance Unit **(805) 485-3528**

POMONA, 91766-1601
732 Corporate Center Drive
Information & Assistance Unit **(909) 623-8568**

REDDING, 96001-2796
2115 Civic Center Drive, Suite 15
Information & Assistance Unit **(530) 225-2047**

RIVERSIDE, 92501-3337
3737 Main Street, Suite 300
Information & Assistance Unit **(951) 782-4347**

SACRAMENTO, 95825-2403
2424 Arden Way, Suite 230
Information & Assistance Unit **(916) 263-2741**

SALINAS, 93906-2204
1880 North Main Street, Suites 100 & 200
Information & Assistance **(831) 443-3058**

SAN BERNARDINO, 92401-1411
464 West Fourth Street, Suite 239
Information & Assistance Unit **(909) 383-4522**

SAN DIEGO, 92108
7575 Metropolitan Drive, Suite 202
Information & Assistance Unit **(619) 767-2170**

SAN FRANCISCO, 94102-7002
455 Golden Gate Avenue, 2nd Floor
Information & Assistance Unit **(415) 703-5020**

SAN JOSE, 95113-1482
100 Paseo de San Antonio, Suite 241
Information & Assistance Unit **(408) 277-1292**

SANTA ANA, 92701-4070
28 Civic Center Plaza, Suite 451
Information & Assistance Unit **(714) 558-4597**

SANTA MONICA, 90405-5219
2701 Ocean Park Blvd., Suite 220
Information & Assistance Unit **(310) 452-1188**

SANTA ROSA, 95404-4760
50 "D" Street, Suite 420
Information & Assistance Unit **(707) 576-2452**

STOCKTON, 94202
31 East Channel Street, Suite 344
Information & Assistance Unit **(209) 948-7980**

VAN NUYS, 91401-3373
6150 Van Nuys Blvd., Suite 105
Information & Assistance Unit **(818) 901-5374**

Rev. 02/07

STATE OF CALIFORNIA
DEPARTMENT OF INDUSTRIAL RELATIONS

WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD

NOTICE AND REQUEST FOR ALLOWANCE OF LIEN

(Print or type names and addresses; include ZIP Codes)

ID OR CASE NO.

Injured Worker

Address

Date of Claimed Injury

Social Security Number

Date of Birth

Attorney for Injured Worker

Address

Employer

Address

Insurance Carrier or, if Self-Insured, Certificate Name

Address Where Claim Administered

Adjusting Agency, if Agency Administered

Attorney for Employer/Carrier

Address

Lien Claimant

Address and Telephone No.

Attorney for Lien Claimant

Address and Telephone No.

The lien claimant hereby requests the Workers' Compensation Appeals Board to determine and allow as a lien the sum of _____ Dollars ($ _____) against any amount now due or which may hereafter become payable as compensation to the above named worker on account of the above claimed injury.

This request and claim for lien is for *(Mark appropriate box):*

☐ The reasonable expense incurred by or on behalf of said worker for medical treatment to cure or relieve from the effects of said injury; or

☐ The reasonable medical expense incurred to prove a contested claim; or

☐ The reasonable value of living expenses of said worker or of his or her dependents, subsequent to the injury, or

☐ The reasonable living expenses of the spouse or minor children, or both, of said worker, subsequent to the date of injury, where such worker has deserted or is neglecting his or her family; or

☐ The reasonable fee for interpreter's services performed on _____, 20_____.

NOTE: ITEMIZED STATEMENT JUSTIFYING THE LIEN MUST BE ATTACHED

FOR INJURIES OCCURRING ON OR AFTER JANUARY 1, 1990, FOR WHICH THE LIEN CLAIMANT DOES NOT HAVE A WCAB IDENTIFICATION NUMBER, the lien claimant declares under penalty of perjury that:

☐ a copy of the original completed Employee's Claim for Workers' Compensation Benefits (DWC Form 1) is attached, or

☐ the lien claimant does not have a copy of the claim form, but made the following efforts to secure one:

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

Signature of Attorney for Lien Claimant

Signature of Lien Claimant

Date

EMPLOYEE'S CONSENT TO ALLOWANCE OF LIEN

I consent to the requested allowance of a lien against my compensation.

Signature of Attorney for Injured Worker