Cómo presentar una solicitud para adjudicación del reclamo

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

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

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

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

Los siguientes documentos se deben incluir con su solicitud completada:

1. Una copia de su formulario de reclamo para beneficios de compensación para trabajadores (requerida únicamente para las lesiones que ocurrieron entre el 1-1-90 y 12-31-93). Consulte la guía 1 de *I&A.*

2. Declaración requerida por ley bajo Sección 4906(h) del Código Laboral (vea el adjunto).

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

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

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

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

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

Guarde copias de sus documentos presentados para su registro.

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

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

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

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

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

WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD DISTRICT OFFICES

- **ANAHEIM, 92806-2131**
  1065 North Link, Suite 170
  Information & Assistance Unit **(714) 414-1801**

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

- **FRESNO, 93721-2219**
  2550 Mariposa Street, Suite 4078
  Information & Assistance Unit **(559) 445-5355**

- **LODI, 95240-6936**
  3021 Reynolds Ranch Parkway, Suite 130
  Information & Assistance Unit **(209) 948-7759**

- **LONG BEACH, 90810-1870**
  1500 Hughes Way, Suite C203
  Information & Assistance Unit **(424) 450-2565**

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

- **MARINA DEL REY, 90292-6902**
  4720 Lincoln Boulevard, 2nd and 3rd Floors
  Information & Assistance Unit **(310) 482-3820**

- **OAKLAND, 94612-1499**
  1515 Clay Street, 6th Floor
  Information & Assistance Unit **(510) 622-2861**

- **OXNARD, 93030-7912**
  1901 N Rice Avenue, Suite 100
  Information & Assistance Unit **(805) 485-3528**

- **POMONA, 91768-1653**
  732 Corporate Center Drive
  Information & Assistance Unit **(909) 623-8568**

- **REDDING, 96002-0940**
  250 Hemsted Drive, 2nd Floor, Suite B
  Information & Assistance Unit **(530) 225-2047**

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

- **SACRAMENTO, 95834-2962**
  160 Promenade Circle, Suite 300
  Information & Assistance Unit **(916) 928-3158**

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

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

- **SAN DIEGO, 92108-4424**
  7575 Metropolitan Drive, Suite 202
  Information & Assistance Unit **(619) 767-2082**

- **SAN FRANCISCO, 94102-7014**
  455 Golden Gate Avenue, 2nd Floor
  Information & Assistance Unit **(415) 703-5020**

- **SAN JOSE, 95110-3718**
  224 Airport Parkway, Suite 600
  Information & Assistance Unit **(408) 277-1292**

- **SAN LUIS OBISPO, 93401-8736**
  4740 Allene Way, Suite 100
  Information & Assistance Unit **(805) 596-4159**

- **SANTA ANA, 92707-7704**
  2 MacArthur Place, Suite 600
  Information & Assistance Unit **(714) 942-7576**

- **SANTA BARBARA, 93101-7538**
  130 E Ortega Street
  Information & Assistance Unit **(805) 568-1390**

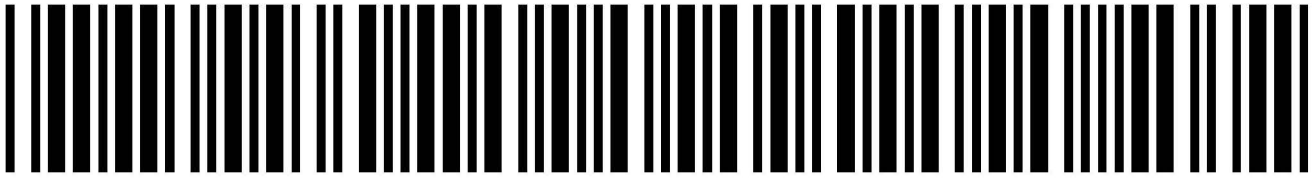
- **SANTA ROSA, 95404-4771**
  50 "D" Street, Suite 420
  Information & Assistance Unit **(707) 576-2452**

- **VAN NUYS, 91401-3370**
  6150 Van Nuys Boulevard, Suite 105
  Information & Assistance Unit **(818) 901-5374**

STATE OF CALIFORNIA
DWC DISTRICT OFFICE

EJEMPLO

DOCUMENT COVER SHEET



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

More than 15 Companion Cases ☐

FECHA DE HOY

Date:(MM/DD/YYYY)

SSN: **SU NÚMBERO DE SEGURO SOCIAL**

NÚMBERO DE CASO DE EAMS

Case Number 1

☐ Specific Injury

☐ Cumulative Injury

FECHA DE LA LESIÓN

(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

CASOS COMPAÑEROS

Case Number 2

☐ Specific Injury

☐ 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.

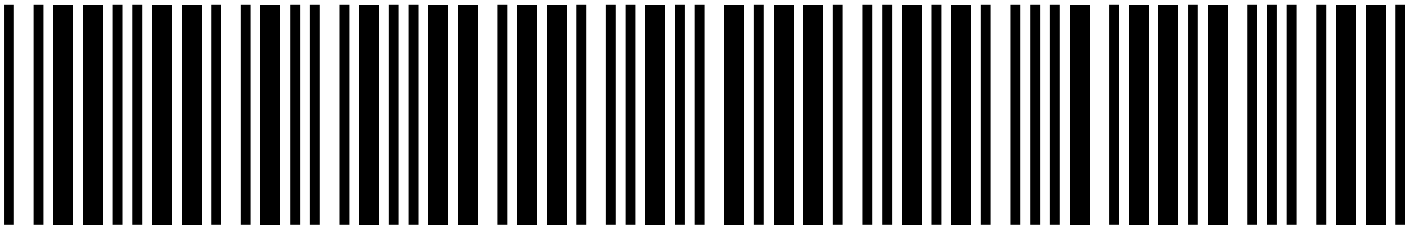
Número de código	Descripción
100	Cabeza: no especificado
110	Cerebro
120	Oído: no especificado
121	Oído: externo
124	Oído: interno, incluida la audición
130	Ojo: incluidos los nervios ópticos y la visión
140	Rostro: no especificado
141	Quijada: incluidos el mentón y la mandíbula
144	Boca: incluidos los 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.

EJEMPLO

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

EJEMPLO

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

DEJE EN BLANCO

Case No.

☐ Amended Application

SU NÚMBERO 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

EJEMPLO

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 **ESTADO** **CÓDIGO POSTAL**
City State 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 **ESTADO** **CÓDIGO POSTAL**
City State 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 **ESTADO** **CÓDIGO POSTAL**
City State 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 **ESTADO** **CÓDIGO POSTAL**
City State Zip Code

(State which parts of the body were injured)

EJEMPLO

Body Part 1: _____

Body Part 2: _____

Body Part 3: _____

Body Part 4: _____

Other Body Parts: _____

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

2. The injury occurred as follows:

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

INDIQUE LO QUE ESTABA HACIENDO EN EL MOMENTO DE LA LESIÓN

3. Actual earnings at the time of injury:

Rate of Pay $ _____ ☐ Monthly ☐ Weekly ☐ Hourly

INDIQUE SU SALARIO SEMANAL O MENSUAL O POR HORA

State value of tips, meals, lodging, or other advantages, regularly received $ _____ ☐ Monthly ☐ Weekly ☐ Hourly

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: _____ MM/DD/YYYY

ÚLTIMO DÍA TRABAJADO

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: ☐ Yes ☐ No

INDIQUE SI RECIBIÓ TRATAMIENTO

EJEMPLO

All treatment was furnished by the Employer or Insurance Carrier: ☐ Yes ☐ No

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

Date of last treatment:

FECHA DEL ÚLTIMO 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:

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

☐ 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) _____

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.

INDIQUE SI ESTÁ REPRESENTADO POR UN ABOGADO

☐ Law Firm/Attorney ☐ Non-Attorney Representative

Law Firm or Company Name (If Applicable)

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

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

SU FIRMA

Applicant Attorney/Representative Signature Applicant Signature

Dated at CIUDAD, California

City

Date FECHA DE HOY

MM/DD/YYYY

EJEMPLO

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.

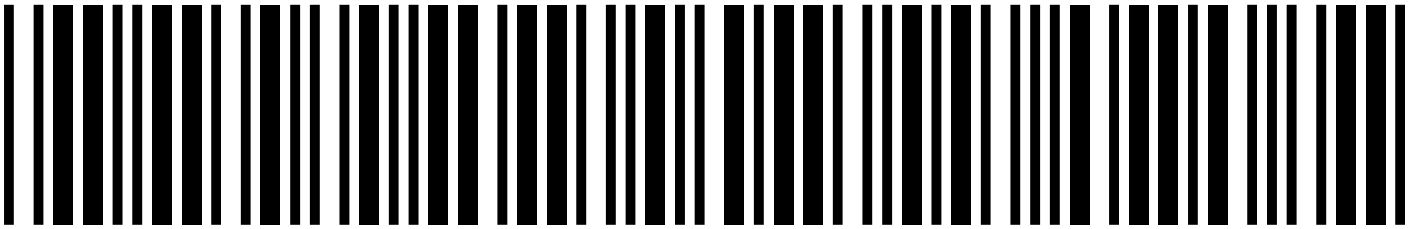
Si no tiene un abogado o agente, copias de esta solicitud serán entregadas por la Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores a todas las partes. Si presenta cualquier otro documento, debe enviar por correo o entregar una copia del documento a todas las partes involucradas en el caso.

¡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.

EJEMPLO

DOCUMENT SEPARATOR SHEET



Product Delivery Unit: ADJ

Document Type: LEGAL DOCS

Document Title: PROOF OF SERVICE

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

Author: SU NOMBRE

Office Use Only

Received Date
MM/DD/YYYY

EJEMPLO

Prueba de Entrega por Correo

Yo declaro que:

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

ESCRIBA SU DOMICILIO AQUÍ

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

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

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

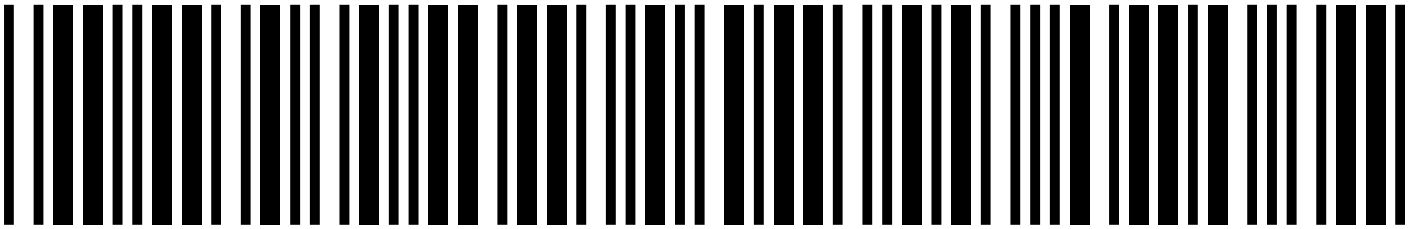
(fecha) FECHA DE HOY, en CIUDAD California.

Escriba su nombre ESCRIBA SU NOMBRE CON LETRA DE MOLDE

Firma SU FIRMA

EJEMPLO

DOCUMENT SEPARATOR SHEET



Product Delivery Unit: ADJ

Document Type: LEGAL DOCS

Document Title: 4906(h) DECLARATION

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

Author: SU NOMBRE

Office Use Only

Received Date
MM/DD/YYYY

EJEMPLO

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

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

Fechada: 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.”