

Cómo presentar un embargo preventivo

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

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

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

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

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

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

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

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

Guarde copias de sus documentos presentados para su archivo.

Guía 10 de la Unidad de Información y Asistencia

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

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

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

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

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

WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD DISTRICT OFFICES

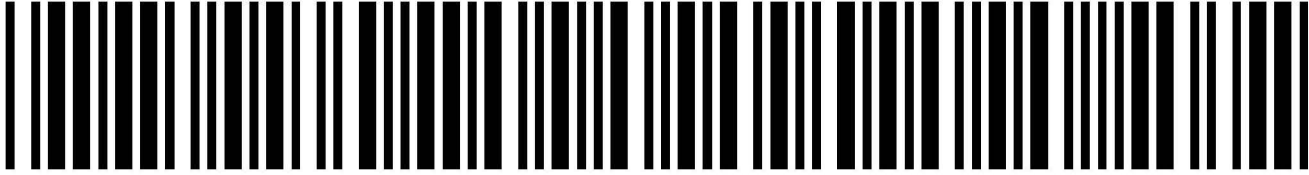
- **ANAHEIM, 92806-2131**
1065 North Link, Suite 170
Information & Assistance Unit **(714) 414-1801**
- **BAKERSFIELD, 93301-1929**
1800 30th Street, Suite 100
Information & Assistance Unit **(661) 395-2514**
- **FRESNO, 93721-2219**
2550 Mariposa Street, Suite 4078
Information & Assistance Unit **(559) 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 NÚMERO DE
SEGURO SOCIAL**

**NÚMERO DE CASO
DE EAMS**

☐ Specific Injury

FECHA DE LA LESIÓN

Case Number 1

☐ Cumulative Injury

(Start Date: MM/DD/YYYY)

(End Date: MM/DD/YYYY)

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

**SI ES UN CASO NUEVO
DEJE EN BLANCO**

Body Part 1: _____

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

Body Part 3: _____

Body Part 2: _____

Body Part 4: _____

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

☐ 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: _____



District office codes for place of venue

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

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

Lista de códigos de las partes del cuerpo

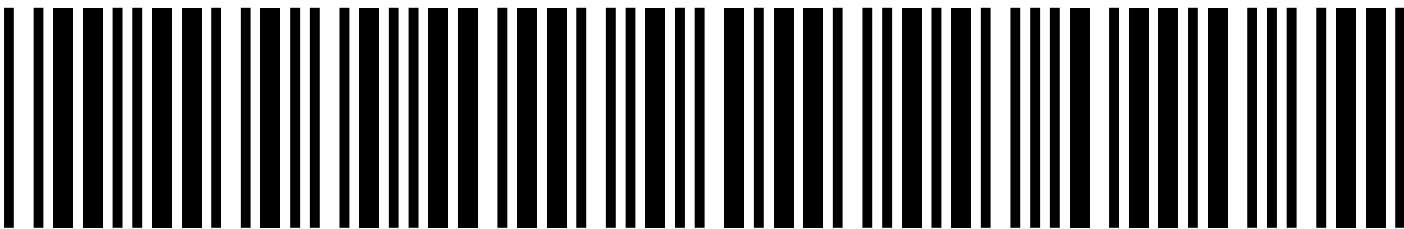
Los códigos de las partes del cuerpo que se enumeran a continuación se utilizan para llenar formularios que requieren la catalogación de las partes del cuerpo en cuestión. No presente este documento con sus formularios.

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

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

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

DOCUMENT SEPARATOR SHEET



Product Delivery Unit ADJ

Document Type LIENS AND BILLS

Document Title NOTICE AND REQUEST FOR ALLOWANCE OF LIEN

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

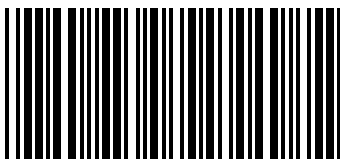
Author SI USTED ESEL TRABAJADOR LESIONADO, USE SU NOMBRE.

SI USTED ES UN ADMINISTRADOR DE RECLAMOS, UN REPRESENTATE DE AUDIENCIA O UN BUFETE DE ABOGADOS -- USE SU NOMBRE UNIFORME ASIGNADO.

Office Use Only

Received Date
MM/DD/YYYY





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

EJEMPLO

Date Of Original Lien: _____
MM/DD/YYYY

☐ Original Lien

☐ Amended Lien

NÚMERO DE CASO DE EAMS

Case No.

(Choose only one)

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

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

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL EMPLEADO LESIONADO

FECHA DE NACIMIENTO DEL EMPLEADO LESIONADO

SSN (Numbers Only)

(DATE OF BIRTH: MM/DD/YYYY)

Injured Worker:

PRIMER NOMBRE DEL EMPLEADO LESIONADO

First Name

MI

APPELLIDO DEL EMPLEADO LESIONADO

Last Name

DOMICILIO DEL EMPLEADO LESIONADO

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

CIUDAD DEL EMPLEADO LESIONADO

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

City

State

Zip Code

Attorney/Representative for Injured Worker:

NOMBRE DEL ABOGADO DEL EMPLEADO LESIONADO

Name

DOMICILIO DEL ABOGADO

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

CIUDAD DEL ABOGADO

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

City

State

Zip Code

Lien Claimant (Completion of this section is required):

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

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

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

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

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

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

DOMICILIO

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

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

City

State

Zip Code

NÚMERO DE TELÉFONO

Phone

Lien Claimant's Attorney/Representative, if any☐

Law Firm/Attorney

☐

Non-Attorney Representative

☐

Lien Claimant not represented

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

Lien Claimant Law Firm/Representative

PRIMER NOMBRE DEL REPRESENTANTE O ABOGADO

First Name

APELLIDO DEL REPRESENTANTE O ABOGADO

Last Name

CÓDIGO POSTAL**DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE O ABOGADO**

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

CIUDAD DEL REPRESENTANTE O ABOGADO

City

ESTADO

State

CÓDIGO POSTAL

Zip Code

NÚMERO DE TELÉFONO DEL REPRESENTANTE O ABOGADO

Phone

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

Name

DOMICILIO DEL EMPLEADOR

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

CIUDAD DEL EMPLEADOR

City

ESTADO

State

CÓDIGO POSTAL

Zip Code

Insurance Carrier or Claims Administrator**NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS O ADMINISTRADOR DE RECLAMOS-USE EL NOMBRE UNIFORME ASIGNADO**

Name

DOMICILIO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS O ADMINISTRADOR DE RECLAMOS

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

CIUDAD DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS O ADMINISTRADOR DE RECLAMOS

City

ESTADO

State

CÓDIGO POSTAL

Zip Code

Employer or Claims Administrator Attorney/Representative (if known)**ABOGADO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS O ADMINISTRADOR DE RECLAMOS**

Name

DOMICILIO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS O ADMINISTRADOR DE RECLAMOS

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

CIUDAD DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS O ADMINISTRADOR DE RECLAMOS

City

ESTADO

State

CÓDIGO POSTAL

Zip Code

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

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

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

NOTE: ITEMIZED STATEMENT JUSTIFYING THE LIEN MUST BE ATTACHED

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

FIRMA DEL ABOGADO O REPRESENTANTE DE LA PERSONA PRESENTANDO ESTA SOLICITUD

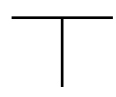
FIRMA DE LA PERSONA QUE ESTÁ PRESENTANDO ESTA SOLICITUD

FECHA DE HOY

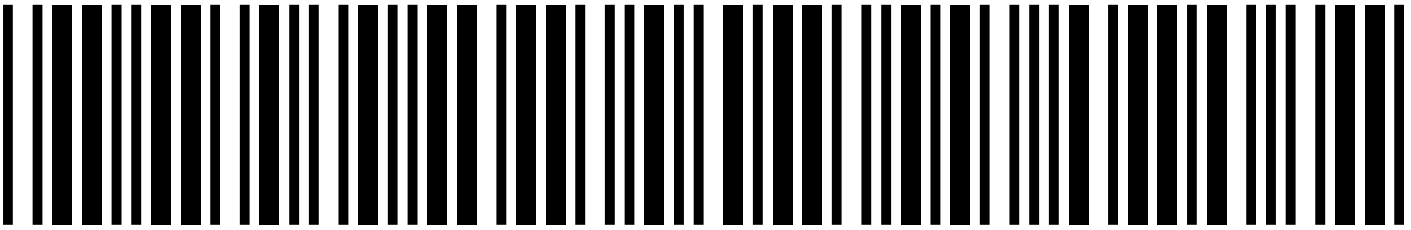
(Signature of Attorney/Representative for Lien Claimant)

(Signature of Lien Claimant)

Date (MM/DD/YYYY)



DOCUMENT SEPARATOR SHEET



Product Delivery Unit

ADJ

Document Type

LIENS AND DOCS

Document Title

10770.5 VERIFICATION

Document Date

FECHA EN QUE LLENÓ EL FORMULARIO

MM/DD/YYYY

Author

SI USTED ESEL TRABAJADOR LESIONADO, USE SU NOMBRE.

SI USTED ES UN ADMINISTRADOR DE RECLAMOS, UN
REPRESENTATE DE AUDIENCIA O UN BUFETE DE ABOGADOS --
USE SU NOMBRE UNIFORME ASIGNADO.

Office Use Only

Received Date

MM/DD/YYYY

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

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

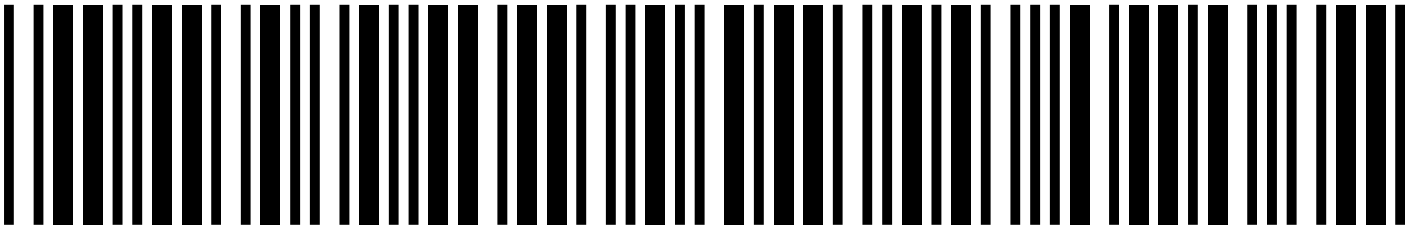
- _____ Han pasado sesenta días desde la fecha de aceptación o rechazo de responsabilidad por el reclamo, o ha transcurrido el tiempo provisto para la investigación conforme a la Sección 5402(b) del Código Laboral, lo que ocurra primero
- _____ El tiempo previsto para el pago de facturas de tratamiento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

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

Firma

Fecha (MM/DD/YYYY)

DOCUMENT SEPARATOR SHEET



Product Delivery Unit

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