

Empleado lesionado: \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

N.º de reclamación: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_

**REAFIRMACIÓN/RETRACTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO ÚNICO**  
**(De acuerdo con el capítulo 616C.495(3) de los Estatutos Revisados de Nevada [NRS]**  
**y el capítulo 616C.499(1) del Código Administrativo de Nevada [NAC])**

En el capítulo 616C.499(1) del NAC se establece lo siguiente: Si un empleado lesionado elige recibir su compensación por una incapacidad parcial permanente en un pago único, debe reafirmar su elección dentro de los 20 días posteriores a la notificación de la aseguradora, conforme a la subsección 3 del capítulo 616C.495 de los NRS, antes de que se realice el pago único.

Indique si desea reafirmar su solicitud de pago único o retractarse de ella marcando la casilla correspondiente a continuación. La decisión que usted indique en este formulario constituirá su elección definitiva respecto al pago único.

No devolver este formulario o no marcar una de las casillas puede causar un retraso en el procesamiento de su compensación.

- Reafirmo la solicitud de mi pago único. Entiendo que, al hacerlo, estoy renunciando a todos mis derechos con respecto a la reclamación, excepto mi derecho a solicitar la reactivación, solicitar la reactivación para una calificación de incapacidad parcial permanente, beneficios de rehabilitación vocacional, solicitar una penalización de beneficios y continuar con los asuntos pendientes en disputa, excepto las apelaciones sobre el alcance de mi reclamación, si mi condición es estable y calificable, y mi salario mensual promedio.
- Me retracto de la solicitud de mi pago único.

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado lesionado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha