

**SOLICITUD DE AUDIENCIA: RECLAMACIÓN IMPUGNADA**  
 (De acuerdo con el capítulo 616C.274 del Código Administrativo de Nevada [NAC])

RESPONDER A: Department of Administration    O  
 Hearings Division  
 1050 E. William Street, Ste. 400  
 Carson City, NV 89701  
 (775) 687-8440

Department of Administration  
 Hearings Division  
 2200 S. Rancho Drive, Suite 210  
 Las Vegas, NV 89102  
 (702) 486-2525

Información del empleado	
Nombre y dirección del empleado	
Número de teléfono del empleado	N.º de reclamación
	Fecha de la lesión
Información de la aseguradora	
Nombre y dirección de la aseguradora	
Número de teléfono de la aseguradora	

Información del empleador	
Nombre y dirección del empleador	
Número de teléfono del empleador	
Información del administrador externo	
Nombre y dirección del administrador externo	
Número de teléfono del administrador externo	

No complete ni envíe por correo este formulario a menos que no esté de acuerdo con la determinación de la aseguradora.

**MARQUE ESTA CASILLA SI HACE LA SOLICITUD POR UNA RECLAMACIÓN PRESENTADA CONFORME A LOS CAPÍTULOS 617.455 O 617.457 DE LOS ESTATUTOS REVISADOS DE NEVADA (NRS)**

**DEBE INCLUIR UNA COPIA DE LA CARTA DE DETERMINACIÓN; DE LO CONTRARIO, NO SE PROGRAMARÁ UNA AUDIENCIA CONFORME AL CAPÍTULO 616C.315 DE LOS NRS.**

**Explique brevemente los fundamentos para esta apelación:**

---



---



---

Esta solicitud de audiencia la presenta la persona que se indica o se presenta en nombre de esa persona:

**Empleado lesionado**     **Empleador**    a los \_\_\_\_\_ días de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Firma del empleado lesionado/empleador

\_\_\_\_\_  
 Representante del empleado lesionado/empleador (asesor)