

## SOLICITUD DE AUDIENCIA: EMPLEADOR NO ASEGURADO

RESPONDER A: Department of Administration                      O                      Department of Administration  
Hearings Division - Appeals Officer                      Hearings Division - Appeals Officer  
1050 E. William Street, Ste. 450                      2200 S. Rancho Drive, Suite 220  
Carson City, NV 89701                      Las Vegas, NV 89102  
(775) 687-8420                      (702) 486-2525

Nombre del empleado lesionado (apellido, primer nombre, inicial del seg. nombre)

N.º de reclamación \_\_\_\_\_

Dirección (apartado de correos/apartamento/calle)

Ciudad/Estado/Código postal

N.º de teléfono

Fecha de la lesión

Nombre del empleador

N.º de cuenta

Dirección

N.º de teléfono del empleador

Ciudad/Estado/Código postal

Representante del empleador

**Por la presente, solicito una audiencia** ante el oficial de apelaciones para revisar la determinación del administrador de la División de Relaciones Industriales con respecto a la relación empleador/empleado en la reclamación designada arriba.

La determinación se relaciona con (haga una marca en el espacio correspondiente):

\_\_\_\_\_ Asignación de la reclamación al Fondo de Reclamaciones contra Empleadores No Asegurados

\_\_\_\_\_ No asignación de la reclamación al Fondo de Reclamaciones contra Empleadores No Asegurados

**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:

El empleado lesionado

El empleador

a los \_\_\_\_\_ días de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

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

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