

RECLAMACIÓN DE COMPENSACIÓN DEL EMPLEADO: EMPLEADOR NO ASEGURADO

Enviar por correo postal a: DIVISION OF INDUSTRIAL RELATIONS – WORKERS' COMPENSATION SECTION
 1886 EAST COLLEGE PKWY, SUITE 100 O 2300 WEST SAHARA AVE. SUITE 300
 CARSON CITY, NEVADA 89706 LAS VEGAS, NV 89102
 Número de reclamación

EMPLEADO

Primer nombre	Inicial del	Apellido	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Dirección particular (número y calle)		Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal		Ocupación (cargo laboral)	Nombre del supervisor inmediato	
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>	Cantidad de dependientes	Afilación a sindicato	
Fecha de contratación		¿Dónde fue contratado?		

¿Cuántos empleados hay en esta empresa? Nombres de otros empleados (use hojas adicionales si es necesario)

1.	2.	3.	4.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

EMPLEADOR

Nombre del propietario	Primer nombre	Inicial del seg. nombre	Apellido	N.º de Seguro Social	Teléfono
Dirección del propietario (número y calle)		Ciudad	Estado	Código postal	
Nombre comercial	Dirección comercial (número y calle)		Ciudad	Estado	Código postal
Naturaleza de la actividad comercial (fabricación, etc.)					

**ACCIDENTE/
ENFERMEDAD
OCUPACIONAL**

Fecha de la lesión o fecha en que le informaron su incapacidad y la relación de esta con su empleo	Hora de la lesión (si corresponde) A.M. <input type="checkbox"/> P.M. <input type="checkbox"/>	Fecha en que se notificó la lesión/ enfermedad ocupacional al empleador
Dirección donde ocurrió el accidente (si corresponde)		
¿Qué estaba haciendo cuando ocurrió el accidente? (cargando un camión, bajando escaleras, etc.) (si corresponde)		
¿Cómo ocurrió el accidente o la enfermedad ocupacional? (Sea específico y responda detalladamente; use hojas adicionales si es necesario)		
Especifique la máquina, herramienta, sustancia, condición u objeto más estrechamente relacionado con el accidente o la enfermedad ocupacional		
Naturaleza de la lesión o enfermedad ocupacional (rasguño, corte, moretón, etc.)		
Parte(s) del cuerpo lesionada(s) (si corresponde)	Lado del cuerpo lesionado (si corresponde)	¿A quién se informó la lesión o enfermedad ocupacional?
<input type="text"/>	Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
¿Hubo testigos del accidente? (indique los nombres) (si corresponde)		

Fecha del último pago	Salario \$ <input type="text"/> por <input type="text"/>	¿Cómo se le paga? En efectivo <input type="checkbox"/> Con cheque <input type="checkbox"/>
¿Regresó a su siguiente turno de trabajo programado tras el accidente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Último día trabajado	Fecha de reincorporación al
¿Cuáles son sus días laborales habituales?		

TRATAMIENTO

Médico que le brindó tratamiento para esta lesión o enfermedad ocupacional	Dirección del médico
Fecha de la consulta	Hora de la consulta A.M. <input type="checkbox"/> P.M. <input type="checkbox"/>
¿Fue hospitalizado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nombre del hospital	Dirección del hospital (si corresponde)
¿Quién brindó este transporte?	

¿Cómo lo trasladaron desde el lugar del accidente hasta el lugar donde recibió tratamiento (en auto, ambulancia, etc.)?

Declaro bajo pena de perjurio que las respuestas anteriores son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender.

Fecha Firma

Por el presente, elijo recibir compensación conforme a las disposiciones de los capítulos 616A a 616D, inclusive, o del capítulo 617 de los Estatutos Revisados de Nevada (NRS), y, mediante una cesión por separado, realizo una cesión irrevocable de subrogación a la División de Relaciones Industriales conforme al capítulo 616C.215 de los NRS.

Fecha Firma D-17 (Revisión: 09/24)