

**SOLICITUD DEL EMPLEADO LESIONADO DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES  
(De acuerdo con el capítulo 616C.475(6) de los Estatutos Revisados de Nevada [NRS])**

RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS; FECHE, FIRME Y ENVÍE LA SOLICITUD A SU AGENTE DE RECLAMACIONES.

1. Nombre: \_\_\_\_\_ N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

2. Dirección física: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Dirección postal: \_\_\_\_\_  
Calle/apartado de correos Ciudad Estado Código postal

¿Se trata de un cambio de dirección? [ ] Sí [ ] No

3. Empleador cuando ocurrió la lesión: \_\_\_\_\_

4. Nombre del supervisor: \_\_\_\_\_

5. Nombre del médico a cargo del tratamiento o del quiropráctico: \_\_\_\_\_

6. Fecha del último examen del médico a cargo del tratamiento o el quiropráctico: \_\_\_\_\_

7. Fecha de la próxima cita con el médico a cargo del tratamiento o el quiropráctico: \_\_\_\_\_

8. a. ¿El médico a cargo del tratamiento o el quiropráctico autorizó que se reincorporara al trabajo? [ ] Sí [ ] No

b. Si la respuesta es sí, indique la fecha de la autorización: \_\_\_\_\_

9. a. ¿Se reincorporó al trabajo con otro empleador? [ ] Sí [ ] No

b. ¿Recibe actualmente pagos de algún empleador? [ ] Sí [ ] No

c. Fecha de reincorporación al trabajo: \_\_\_\_\_

d. Nombre del empleador para el cual se reincorporó al trabajo: \_\_\_\_\_

e. Dirección: \_\_\_\_\_

10. ¿Ha tenido una incapacidad que no le ha permitido trabajar en alguna ocupación durante un mínimo de 5 días consecutivos o 5 días acumulativos en un período de 20 días? [ ] Sí [ ] No

11. Fecha en que trabajó por última vez: \_\_\_\_\_ Para quién: \_\_\_\_\_

12. ¿Cuándo espera poder reincorporarse a su ocupación habitual? \_\_\_\_\_

13. ¿Podría trabajar actualmente en un tipo de empleo de tareas livianas? [ ] Sí [ ] No

Comentarios: \_\_\_\_\_

14. ¿Su empleador le ha ofrecido un trabajo de tareas livianas? [ ] Sí [ ] No

a. Si la respuesta es sí, ¿cuándo le ofrecieron el trabajo de tareas livianas? \_\_\_\_\_

Según el capítulo 616D.300 de los NRS, entiendo que brindar información falsa puede descalificarme para recibir beneficios de compensación para trabajadores. Además, entiendo que la falsificación puede someterme a sanciones civiles y penales. Certifico que la información que antecede es correcta según mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
CIUDAD CONDADO ESTADO

NOTA: Debe incluirse una explicación de los métodos utilizados para calcular su salario mensual promedio y los beneficios de compensación junto con su primer cheque de compensación. Si no recibió esta información, comuníquese con su agente de reclamaciones.

**SOLO PARA USO DEL AGENTE DE RECLAMACIONES**

PAGAR: Desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
Desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Fecha de revisión \_\_\_\_\_  
TT TT final TP

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma