

AVISO DE ACCIDENTE Y RECLAMO DEL EMPLEADO, REPRESENTANTE Ó DEPENDIENTE (G.S. 97-22 HASTA 24)
(Notice of Accident to Employer and Claim of Employee, Representative, or Dependent [G.S. 97-22 through 24])

IC File # _____
 Emp. Code # _____
 Carrier Code # _____
 Employer FEIN _____

El uso de esta forma se requiere bajo las provisiones de la Ley de Compensación Laboral para empleados.

The I.C. File # is the unique identifier for this injury. It will be provided by return letter and is to be referenced in all future correspondence.

Nombre del empleado _____			Nombre del empleador _____ () _____		
Domicilio _____			Número de teléfono _____		
Domicilio del patrón _____			Domicilio del patrón _____		
Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____	Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____
() _____	() _____	_____	_____	_____	_____
Teléfono en el hogar _____		Teléfono en el trabajo _____		Portador de Aseguranza _____	
		□ M □ F		/ /	
Número de Seguro Social _____		Sexo _____		Fecha de Nacimiento _____	

EMPLEADO – Esta Forma debe ser enviada a la Comisión Industrial dentro los dos años siguiendo la fecha del la lesión ó enfermedad laboral o su reclamo será excluido. Deberá avisarle a su empleador inmediatamente después del accidente o tan pronto sea posible dentro de 30 días. (Esta Forma debe ser usada también para reportar una enfermedad de oficio; sin embargo, para asbestosis, silicosis y byssinosis, La Forma 18B debe ser usada.)

Aviso se da por este medio, según los requisitos de la ley, que el empleado sufrió una lesión ó contrajo una enfermedad de oficio descrito como sigue: _____ el _____ en _____. Describa la lesión ó enfermedad
 Hora de la lesión Fecha (Requerido) Ciudad y Condado
 incluyendo la parte del cuerpo específicamente envuelta (e.g. mano derecha, mano izquierda)

Describe cómo ocurrió la lesión ó la enfermedad de oficio: _____

Ocupación el día del accidente: _____ Naturaleza del negocio del empleador: _____

Número de días fuera del trabajo debido a la lesión: _____

Recibió tratamiento médico: Si No

Compensación semanal: _____ Número de horas que trabaja cada día: _____ Días que trabaja por semana: _____

EMPLEADOR: Este aviso se le envía conforme con los requisitos del Acta de Compensación Laboral de Carolina del Norte; para poder obtener los servicios médicos prescritos por el Acta; y, si está incapacitado más de 7 días, o si resulta en la muerte, la indemnización puede ser pagada según la ley.

 Firma (Check One) Empleado, Abogado, Representante, ó Dependiente () _____
 Número telefónico

 Domicilio Ciudad Estado Código postal Fecha Completado

AVISO – Si el lesionado no puede firmar esta forma, entonces otra persona puede firmar por él. Esta forma debe ser llenada a máquina si es posible, o con su letra en tinta negra. El trabajador debe quedarse con una copia, envíe el original a la Comisión Industrial a la dirección que esta escrita en el mismo formulario, y envíe una copia a su empleador.

For IC use ONLY

Nature _____

Body _____

Cause _____

SIC _____

Coder _____