

ADMISIÓN DE PARTE DEL EMPLEADOR DEL DERECHO DEL EMPLEADO A LA PERMANENTE INCAPACIDAD PARCIAL (E.G. § 97-31)

CI Expediente #
Código de Emp.#
Código de Aseg.#
Asegurador Exp. #

El Uso de Este Formulario se Requiere Bajo las Provisiones de la Ley de Compensación Laboral.

Form fields for Employee and Employer information including Name, Address, City, State, ZIP, Phone, and Insurance details.

NOSOTROS, LOS SUSCRITOS, MEDIANTE LO PRESENTE ACORDAMOS Y ESTIPULAMOS LO SIGUIENTE:

- 1. Toda parte a esta admisión se encuentran sujetos a y comprometidos por las provisiones de la Ley de Compensación Laboral y es el Asegurador/Administrador para el Empleador.
2. El empleado sufrió una herida debido a un accidente o el empleado contrajo una enfermedad de oficio brotando de y en el curso de su empleo el (fecha).
3. La herida por accidente o enfermedad de oficio resultó en las siguientes heridas:
4. El empleado si no fue pagado el plazo de espera de 7-días. Si es que no fue, ¿se continuó el salario? si no. ¿Fue pagado el empleado el día de su herida? si no
5. El típico sueldo semanal de empleado, como promedio, al momento de la herida, incluyendo horas extras y subsidios, \$ Esto resulta en una tasa de compensación semanal de \$
6. El empleado si no ha regresado a trabajar de jornada completa por el a un sueldo semanal de \$ como promedio.
7. Demandante fue dado de alta con restricciones permanentes sin restricciones permanentes. Si demandante fue dado de alta con restricciones permanentes y ha regresado a trabajar para el mismo empleador que el que tuvo al momento de la herida, adjunte una descripción de su trabajo si es que se sabe que tal existe
8. Indemnización por permanente incapacidad parcial será pagado al empleado herido de acuerdo con lo siguiente:
semanas de indemnización a una tasa de \$ por semana por una calificación de % a su (parte del cuerpo)
semanas de indemnización a una tasa de \$ por semana por una calificación de % a su (parte del cuerpo)
semanas de indemnización a una tasa de \$ por semana por una calificación de % a su (parte del cuerpo)
Cantidad total de la cantidad de indemnización para permanente incapacidad parcial es \$ Fecha del primer pago:
9. Declare cualquier otro asunto acordado entre las partes, inclusive de desfiguramiento, pérdida de dentadura, elección de temporal incapacidad parcial, plazo de espera o otro:

**AVISO IMPORTANTE AL EMPLEADO RECLAMANDO
ADICIONALES CHEQUES SEMANALES O PAGO DE UNA SUMA GLOBAL**

Una vez que sus cheques de compensación habrán sido parados, si usted reclama compensación adicional, usted tiene que notificarle a la Comisión Industrial por escrito adentro de un plazo de dos años desde la fecha de haber recibido su último cheque de compensación o sus derechos a esos beneficios puede ser perdido.

**AVISO IMPORTANTE AL EMPLEADO HERIDO
ANTES DEL 5 DE JULIO, 1994, RECLAMANDO
BENEFICIOS MEDICOS ADICIONALES**

Si su herida ocurrió antes del 5 de julio, 1994, usted tiene el derecho a compensación médica por tanto tiempo que se considere razonablemente necesario, relacionado con su caso de compensación laboral, y autorizado por la aseguradora o la Comisión Industrial.

**AVISO IMPORTANTE AL EMPLEADO HERIDO
EL 5 DE JULIO, 1994, O DESPUES DE ESA FECHA, RECLAMANDO
BENEFICIOS MEDICOS ADICIONALES**

Si su herida ocurrió el 5 de julio, 1994, o después de esa fecha, su derecho a futura compensación médica dependerá de varios factores. El derecho suyo de ser pagado futura compensación médica terminará dos años después de que su empleador o asegurador/administrador hace el último pago por cualquier compensación médica u otra compensación, cualquier que sea el último en suceder. Si usted cree que usted necesitará futura compensación médica, usted tiene que solicitar tal compensación de la Comisión Industrial por escrito adentro de dos años, o su derecho a dichos beneficios puede ser perdido. Para entablar dicha solicitud usted también puede usar el Formulario 18M de la Comisión Industrial, *Employee's Application for Additional Medical Compensation (Estatuto General § 97-25.1)*, disponible del sitio <http://www.ic.nc.gov/forms.html>.

AVISO IMPORTANTE AL EMPLEADOR

El empleado tiene que ser proveído una copia del acuerdo cuando se encuentra firmado por el empleado. De acuerdo con Regla 11 NCAC 23A .0501, adentro de un plazo de 20 días después del recibo del acuerdo ejecutado por el empleado, el empleador o asegurador/administrador tiene que someter el acuerdo a la Comisión Industrial para su consideración y aprobación. El empleador o asegurador/administrador registrará un Formulario 28B, *Report of Compensation and Medical Compensation Paid*, adentro de un plazo de 16 días después del último pago hecho según este acuerdo o será sujeto a una sanción punitiva.

¿ESTA USTED EN NECESIDAD DE AYUDA?

Si usted tiene preguntas o está en necesidad de ayuda y no tiene un abogado, usted se puede comunicar con la Comisión industrial al marcar (800) 688-8349.