

# PETICIÓN QUE LA DEMANDA SEA ASIGNADA A UNA AUDIENCIA

IC File # \_\_\_\_\_

Emp. Code # \_\_\_\_\_

Carrier Code # \_\_\_\_\_

Carrier File# \_\_\_\_\_

Employer FEIN \_\_\_\_\_

Uso de esta forma es requerido bajo las provisiones del Acta de Compensación Industrial

Nombre del Empleado _____		Nombre del Empleador _____		( ) Número de Teléfono _____	
Domicilio _____		Domicilio del Empleo _____		Ciudad _____	Estado _____ Código Postal _____
Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____	Portador de Aseguranza _____		
Teléfono de Casa _____		Teléfono de Trabajo _____		Dirección del Portador _____	
Seguro Social o ITIN (W-7) _____		Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento _____	Ciudad _____	Estado _____ Código Postal _____
				( )	( )
				Número de teléfono del Portador _____	Número de Fax _____

Yo \_\_\_\_\_, respetuosamente le notifico de que las partes nombradas arriba han fallado a llegar a un acuerdo con respecto a la compensación, y yo solicito una audiencia..

No hemos logrado un acuerdo porque (declare las razones con especificidad): \_\_\_\_\_

El empleado cree que el o ella tiene derecho a los siguientes beneficios de compensación laboral (marque todo lo que aplica):

- Pago de remuneración por los días faltados (de las fechas) \_\_\_\_\_
- Pago de costos medicos/ tratamiento: \_\_\_\_\_
- Payment for permanent partial disability: \_\_\_\_\_
- Pago por la inhabilidad parcial permanente: \_\_\_\_\_
- Pago por cicatrices: \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

¿El demandante ha participado en la mediación?  Si  No

Fecha de lesión: \_\_\_\_\_ Parte del Cuerpo: \_\_\_\_\_

Ciudad y condado en donde ocurrió la lesión: \_\_\_\_\_

Duración estimada de la audiencia: \_\_\_\_\_

Abajo está una lista de nombres y direcciones de todos los testigos, incluyendo los doctores, cual testimonio debe ser tomado por el partido de petición. Los doctors fuera del condado de la audiencia no están requeridos a atender la misma.

**NOMBRE**

**DIRECCIÓN**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Cuando se fije la fecha para la audiencia, respetuosamente le solicito a la Comisión de enviarme las ordenes de comparecencia firmadas para mis testigos. Cuando recibo estas citaciones, las entregaré al sheriff del condado o de los condados en los cuales cada testigo reside para poder servir las ordenes de comparecencia

\_\_\_\_\_  
(Firma del partido que solicita la audiencia, o abogado)

\_\_\_\_\_  
(Titulo)

\_\_\_\_\_  
(Dirección: Calle y número, ciudad, estado y código postal)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de notificación)

### CERTIFICACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_ certifico por este medio que este caso está listo para la audiencia. Este caso será fijado en el condado en donde ocurrió la lesión a menos que una buena razón se demuestre para otra localización. Si usted desea la audiencia en otro condado, nombre el condado y sus razones para ese lugar.

\_\_\_\_\_  
(Condado)

\_\_\_\_\_  
(Rason por el cambio)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

**Nota: Una copia de esta forma debe ser enviada al partido opuesto. El original de esta forma se debe enviar a la Comisión Industrial a la dirección abajo:**