

PETICIÓN QUE LA DEMANDA SEA ASIGNADA A UNA AUDIENCIA

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

Declaración de Divulgación de Número de Seguro Social

La Ley de Registros Públicos de Norte Carolina (N.C. Est. Gen. § 132-1.10) permite que la Comisión Industrial de Norte Carolina pida el número de seguro social de un individuo cuando el hacer tal cosa sea imperativo a la realización de sus deberes y responsabilidades. El propósito tras el pedir el número de seguro social de usted en este formulario es para que la Comisión industrial pueda verificar el empleador correcto con el North Carolina Department of Commerce ("Departamento de Comercio de Norte Carolina"), Division of Employment Security ("División de Seguridad de Empleo") y poder identificar cobertura de seguro de compensación laboral. La divulgación de un número de seguro social por un individuo a la Comisión Industrial es voluntaria. Números de seguro social son confidenciales y exentos de revelación pública por la Comisión Industrial. La Comisión Industrial no podrá compartir el número de seguro social de usted a menos que sea así permitido según N.C. Est. Gen. § 132.10.

Nombre del Empleado	()	Nombre del Empleador	Número de Teléfono
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
Ciudad	Estado	Código Postal	Portador de Aseguranza
Teléfono de Casa	Teléfono de Trabajo	Dirección del Portador	Ciudad
Seguro Social o ITIN (W-7)	Sexo	Fecha de Nacimiento	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

MAIL TO: NCIC - DOCKET SECTION
1236 MAIL SERVICE CENTER
RALEIGH, NC 27699-1236
MAIN TELEPHONE: (919) 807-2500
HELPLINE: (800) 688-8349
WEBSITE: HTTP://WWW.IC.NC.GOV/

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: