

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.

Form fields for employee and employer information: Nombre del empleado, Domicilio, Ciudad, Estado, Código Postal, Teléfono en el hogar/trabajo, Número de Seguro Social, Sexo, Fecha de Nacimiento, Nombre del empleador, Domicilio del patrón, Ciudad, Estado, Código Postal, Portador de Aseguranza.

EMPLEADO – Esta Forma debe ser enviada a la Comisión Industrial dentro los dos años siguiendo la fecha de 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 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 \_\_\_\_\_