

ACUERDO DE REMUNERACIÓN POR INCAPACITACIÓN

Emp. Code # _____

(G.S. 97-82)

Carrier Code # _____

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

Carrier File # _____

Employer FEIN _____

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

LOS INFRASCritos, CONVENIMOS Y ESTIPULAMOS POR ESTE MEDIO LO SIGUIENTE:

1. Todas las partes involucradas están obligados y sujetos a las provisiones del Acta de Compensación Laboral y _____ es el portador/administrador para el empleador.
2. El empleado sostuvo la lesión por accidente o el empleado contrajo una enfermedad laboral que se presentó por y en el curso de su empleo en o _____.
3. La lesión por accidente o enfermedad laboral dió lugar a las lesiones siguientes: _____.
4. El empleado(a) fue no fue pagado por el día entero cuando ocurrió la lesión.
5. Cuando ocurrió la lesión el salario promedio semanal del empleado, incluyendo tiempo suplementario y asignaciones, era \$ _____, conforme a verificación a menos que esté convenido de otra manera en la línea 9 abajo.
6. Incapacidad a resultado de lesión o de enfermedad laboral comenzó _____.
7. El empleador y el portador/administrador emprenden por este medio a pagar remuneración al empleado al índice de \$ _____ por semana comenzando _____, y continuando por _____ semanas.
8. El empleado ha / no ha retornado a trabajar para _____ el _____ con un salario promedio semanal de \$ _____.
9. Indique cualquier otro asunto convenido, incluyendo desfiguración, incapacidad parcial permanente, o parcial temporal: _____
10. Si aplica, el Gravamen del Fondo de la Segunda Lesión es \$ _____. Cheque está no está incluido
11. La fecha de este acuerdo es _____. Fecha del primer pago: _____ Cantidad _____

| | | |
|---|-------------|--------------|
| NOMBRE DEL EMPLEADOR _____ | FIRMA _____ | TÍTULO _____ |
| NOMBRE DEL PORTADOR/ADMINISTRADOR _____ | FIRMA _____ | TÍTULO _____ |

FIRMANDO ESTE ACUERDO CERTIFICO QUE HE LEIDO EL "AVISO IMPORTANTE AL EMPLEADO" IMPRESO EN LA PARTE DE ATRAS DE ESTA FORMA

FIRMA DEL EMPLEADO _____ DIRECCION _____

FIRMA DEL ABOGADO DEL EMPLEADO _____ DIRECCION _____

**MAIL TO: NCIC - CLAIMS SECTION
 4335 MAIL SERVICE CENTER
 RALEIGH, NC 27699-4335
 MAIN TELEPHONE: (919) 807-2500
 WORKERS' COMPENSATION
 INFORMATION SPECIALISTS: (800) 688-8349**

COMISIÓN INDUSTRIAL DE CAROLINA DEL NORTE

EL ACUERDO PRECEDENTE SE APRUEBA POR ESTE MEDIO:

MARQUE SI NO TIENE ABOGADO.

MARQUE SI EL EMPLEADO ESTA EN CUIDADO MANEJADO.

EXAMINADOR DE RECLAMOS

FECHA

HONORARIO DE ABOGADO APROBADO

**AVISO IMPORTANTE AL EMPLEADO QUE RECLAMA CHEQUES SEMANALES
ADICIONALES O PAGOS DE SUMA GLOBAL**

Una vez que le paran sus cheques de remuneración, si usted reclama remuneración adicional, Usted debe notificar a la Comisión Industrial por escrito dentro del plazo de dos años a partir de la fecha del recibo de su último cheque de remuneración o puede perder sus derechos a estos beneficios.

**AVISO IMPORTANTE AL EMPLEADO LASTIMADO ANTES DEL 5 DE JULIO 1994
QUE RECLAMA BENEFICIOS MÉDICOS ADICIONALES**

Si su lesión ocurrió antes del 5 de julio del 1994, tiene derecho a remuneración médica siempre que sea razonablemente necesario, y relacionado a su caso de compensación laboral, y es autorizado por el portador o la Comisión Industrial.

**AVISO IMPORTANTE AL EMPLEADO LASTIMADO EN O DESPUÉS DEL 5 de JULIO de 1994
QUE RECLAMA BENEFICIOS MÉDICOS ADICIONALES**

Si su lesión ocurrió en o después de julio del 5 de 1994, su derecho a una remuneración médica en el futuro depende de varios factores. Su derecho a futuros pagos de remuneración médica terminará dos años después de que su patrón o portador/administrador pague cualquier remuneración médica u otra compensación, la que ocurre por último. Si usted piensa que necesitará compensación médica en el futuro, usted debe aplicar a la Comisión Industrial por escrito entre los dos años, o puede perder sus derechos a este beneficio. Para aplicar puede utilizar la forma 18M de la Comisión Industrial.

NOTICIA IMPORTANTE AL EMPLEADOR

Una vez que el empleado firma este Acuerdo el empleador deber proporcionarle una copia de este documento. Al fallar a archivar la Forma 28B, Informe de Pagos de Remuneración y Remuneración Médica, dentro de los 16 días después del último pago conforme a este acuerdo, el empleador o el portador/administrador podrá estar sujeto a una sanción. Conforme a la regla 501, en el plazo de 20 días después del recibo del acuerdo ejecutado por el empleado, el patrón o el portador/administrador debe someter el acuerdo a la Comisión Industrial, o debe demostrar buena causa para no someter el acuerdo.

NECESITA AYUDA?

Si Usted tiene preguntas o necesita ayuda y Usted no tiene un abogado, llame a la Comisión Industrial al **(800) 688-8349**.

MAIL TO:

**NCIC - CLAIMS SECTION
4335 MAIL SERVICE CENTER
RALEIGH, NC 27699-4335
MAIN TELEPHONE: (919) 807-2500
WORKERS' COMPENSATION
INFORMATION SPECIALISTS: (800) 688-8349**