

WORKERS' COMPENSATION INTAKE SHEET

(Please fill out to the best of your knowledge)

PERSONAL INFORMATION

Today's Date: _____ Who referred you to this office?: _____
Injured's Name: _____ DOB: _____ Age: _____ SSN: _____
Address: _____ City: _____ Zip: _____
Home Phone: _____ Cell No.: _____ Business No.: _____
Marital Status: _____ Name of Spouse: _____ Emergency Contact Information: _____
Employer: _____ Address: _____ Tel.: _____
Occupation: _____ Wage Rate: _____ / Hours per Week: _____ OT, Bonus, Tip, Commission: _____
Job Duties: _____ How Long Employed?: _____
Direct Supervisor's Name: _____ Are You Considered an Independent Contractor?: _____
Does (Did) the Company Take Federal and state Taxes Form Your Salary? (Specify): _____
Other Employment / Self Employment: _____

INJURY INFORMATION

Date(s) of Injury: _____ Approximate Time of Day: _____
Date, Name and Position of Employer Rep Notified: _____
If Continuous Trauma Injury, List First Date of Symptoms: _____

Location of Accident (If Injury Occurred at a Property Other Than Employer, Full Address Must Be Given: _____
Part(s) of Body Injured: _____
Are You Experiencing Any Emotional Problems Due to Your Orthopedic Injury?: _____
Describe Briefly How Injury Occurred: _____

Was Any Other Person Responsible for the Accident? Explain: _____
Was There a Workers' Compensation Procedure Sign Clearly Posted Nearby?: _____
Name and Title of Person Who Took Accident Report: _____ DWC-1 Claim Form Completed?: _____
List Any Names and Addresses of All Known Witnesses to This Accident:
1. _____ 3. _____
2. _____ 4. _____
Any Work Hours / Days Lost Due to Accident / How Much?: _____
Currently Working?: _____ Regular: _____ Modified: _____ Date Last worked: _____ 132(a): _____

Prior WC / PI Injuries?: _____
Date: _____ Body Part(s): _____ Date Settled: _____ Compensation: _____
Date: _____ Body Part(s): _____ Date Settled: _____ Compensation: _____
Date: _____ Body Part(s): _____ Date Settled: _____ Compensation: _____

Have You Had Any Civil Claims Filed?: _____
Date: _____ Body Part(s): _____ Date Settled: _____ Compensation: _____
Date: _____ Body Part(s): _____ Date Settled: _____ Compensation: _____
Date: _____ Body Part(s): _____ Date Settled: _____ Compensation: _____

Have You Ever Had Any Physical Ailments / Injuries to the Same Body Parts as Noted Above? Explain: _____

INSURANCE INFORMATION

Name of Insurance Carrier of Employer: _____ Claim #: _____
Address: _____
Name of Adjuster: _____ Phone No.: _____ Fax No.: _____
Any Temporary Disability Paid?: _____ How Much Bi-Weekly?: _____ Did You Apply for EDD?: _____

MEDICAL INFORMATION

Received Medical Provider Network (MPN) List from Employer, Within 3 Working Days of Your Injury?: _____
Did Your Employer Explain How to Obtain an MPN List?: _____
In English or Spanish?: _____
Were You Notified of Your Rights to Be Treated By A Physician of Your Choice Within the MPN?: _____
Were You Refused Treatment, After Your Request?: _____
How Much Time Elapsed from Time of Treatment Request?: _____

List of Doctors, Hospital, Therapist, Etc., Related to Accident:
1. _____ 4. _____
2. _____ 5. _____
3. _____ 6. _____

Do You Have Any Pre-Existing Medical Conditions, Illnesses and / or Injuries not Listed Above? If Yes, Please State Condition and When First Diagnosed: _____

OFFICE INFORMATION

Office Notes: _____
Referral To: _____
Prior WC Attorney On This Claim?: _____ Hired Attorney on What Date?: _____

MITCHELL & SHEA, APC
ATTORNEYS AT LAW
404 CAMINO DEL RIO SOUTH, SUITE 603
SAN DIEGO, CA 92108
619-702-6517
AUTHORIZATION TO OBTAIN RECORDS

TO: _____

This is to authorize any physician, hospital, medical attendant, employers, police officers, agents of federal, state and municipal governments, any and all persons and governmental agencies to whom it may be presented, to disclose and furnish to my attorneys, **MITCHELL & SHEA**, or their authorized representative, any and all information and opinions, regarding my physical condition and treatment, and to allow them to inspect and copy any and all doctor, medical, hospital, and x-ray records or reports (or other diagnostic records or reports), and any and all correspondence or other material pertaining to diagnosis, treatment, confinement, or prognosis at any time. My attorneys, **MITCHELL & SHEA**, have been retained by me to represent my interest in a claim against unnamed persons and their insurance carriers for injuries sustained. Your cooperation with their office is respectfully requested.

By checking the spaces below, I specifically authorize use and/or re-disclosure by the recipient of the following information and/or medical records, if such information and/or records exist. I understand that said documents will no longer be protected by federal law.

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Admission Note/History & Physical Examination | <input checked="" type="checkbox"/> Initial Evaluation |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hospital Records, Charts, Notes | <input checked="" type="checkbox"/> Orders |
| <input checked="" type="checkbox"/> Laboratory Records/Reports | <input checked="" type="checkbox"/> Itemized Billing Statements |
| <input checked="" type="checkbox"/> Counselor/Therapist Summary/Psychiatric Notes | <input checked="" type="checkbox"/> X-Ray/MRI Films & Reports |
| <input checked="" type="checkbox"/> Drug/Alcohol and/or HIV/AIDS Related Records | <input checked="" type="checkbox"/> Nursing Notes |
| <input checked="" type="checkbox"/> Physical Therapy Notes/Records | <input checked="" type="checkbox"/> Doctor's Notes |
| <input checked="" type="checkbox"/> Progress Notes/Provider Notes | <input checked="" type="checkbox"/> Discharge Summary |
| <input checked="" type="checkbox"/> Photographs, video tapes, digital/other images | <input checked="" type="checkbox"/> Police Reports |
| <input checked="" type="checkbox"/> Emergency & Urgent Care Records | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Any & All Correspondence | |

This authorization shall become effective as dated below and shall remain in effect until the end of my pending claim or lawsuit unless written revocation is submitted to the above said entity. Furthermore, I understand that the above referenced entity is protected from any liability for all information released prior to the effective date of this authorization are hereby revoked, and shall be ineffective.

The person signing this authorization has a right to a copy of said authorization.

The entity disclosing the PHI may not condition treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits on whether the patient signs the authorization, or state the consequences to the individual of a refusal to sign.

This authorization will remain in effect for one year from _____.

This authorization to receive or release medical information is being requested of you to comply with the terms of the Confidentiality of Medical Information Act of 1980, Section 56, et seq., codified in the California Civil Code, California Health and Welfare Code, California Evidence Code 1158, HIPPA, and others. A PHOTOSTATIC COPY OF THIS AUTHORIZATION SHALL BE CONSTRUED AS VALID AND SHALL HAVE THE SAME EFFECT AS THE ORIGINAL.

BY THIS SIGNATURE I HEREBY ACKNOWLEDGE A COPY OF THIS AUTHORIZATION.

NAME

SIGNATURE

ADDRESS

DATE OF BIRTH

DATE

SOCIAL SECURITY #

FEE DISCLOSURE STATEMENT

If you choose to be represented by an attorney, your attorney's fees will be deducted from your benefits. The fee will be approved by the Workers' Compensation Appeals Board, with consideration given to the: (1) responsibility assumed by the attorney; (2) care exercised in representing you; (3) time involved; and, (4) results obtained.

Attorney's fees normally range from 12 % to 15 % of the benefits awarded. If your attorney has also represented you before the Rehabilitation Unit, there may also be a fee allowed for this representation.

There are certain circumstances where your employer (or his/her insurer) may be liable to pay your attorney's fees. For example, if employer disputes a permanent disability evaluation obtained when you were not represented by an attorney, your employer may be liable for any attorney fees you incur because of the dispute.

If at any time you no longer wish to be represented by the attorney, you may withdraw from representation by notifying the attorney. If you withdraw from representation, the fee amount found by a workers' compensation judge to be the fair value of any work the attorney did in your case will be deducted from your award.

An Information and Assistance Officer may be able to answer your questions concerning your workers' compensation benefits at no charge to you. He/She may be able to resolve your problems without the need for litigation.

Call this toll-free number: 1-800-736-7401.

Employee's Signature _____ Date _____

Employee's Name _____

Attorney's Signature _____ Date _____

Attorney's Name _____

Address _____

Phone No. _____

Any person who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement or material representation for the purpose of obtaining or denying workers' compensation benefits or payments is guilty of felony.

DECLARACION DE REVELACION DE HONORARIOS

Si Ud. escoge ser representado por un abogado, los honorarios de su abogado serán deducidos de sus beneficios. Los honorarios serán aprobados por el Directorio de Apelaciones de Compensaciones al Trabajador, se la dará consideración a lo siguiente: (1) responsabilidad asumida por el abogado; (2) el cuidado ejercido en representarlo a Ud.; (3) tiempo dedicado; y (4) resultados obtenidos.

Los honorarios del abogado normalmente fluctúan entre un _____ % a un _____ % de los beneficios otorgados. Si su abogado también lo ha representado a Ud. ante la Unidad de Rehabilitación, también puede ser que se permitan honorarios por esta representación.

Hay ciertas circunstancias en que su empleador (o la compañía de seguros de correspondiente) pueda ser responsable u obligado a pagar sus honorarios de abogado. Por ejemplo, si su empleador disputa una evaluación de incapacidad permanente obtenida cuando Ud. no ha sido representado por un abogado, su empleador puede ser responsable u obligado a pagar cualquier honorario de abogado incurrido por la disputa.

Si en cualquier momento Ud. no desea continuar siendo representado por un abogado, Ud. puede retirar la representación con una notificación a su abogado. Si retira Ud. su representación, la cantidad de honorarios será determinada por el juez por cualquier trabajo que el abogado haya efectuado en su caso y esta será deducida de su beneficio otorgado.

Un Oficial de Información y Asistencia podrá responder a sus preguntas en relación a sus beneficios de compensación sin costo alguno para Ud. El podrá resolver sus problemas sin necesidad de litigación. Llame a éste número de teléfono gratis: 1-800-736-7401.

Firma del Empleado _____ Fecha _____

Nombre del Empleado _____

Firma del Abogado _____ Fecha _____

Nombre del Abogado _____

Dirección: _____

Número de Teléfono _____

Toda aquella persona que con conocimiento haga o cause que se produzca cualquier declaración o representación material falsa o fraudulenta con el fin de obtener o negar beneficios o pagos de compensación a trabajadores lesionados es culpable de un crimen mayor "felonía".

VENUE AUTHORIZATION

EMPLOYEE:
EMPLOYER:
CLAIM NO.:
D.O.I.:

I _____ hereby authorize my Workers' Compensation Claim to be filed and adjudicated at the San Diego district office of the Workers' Compensation Appeals Board, located at 7575 Metropolitan Drive, 2nd Floor, Suite 202, San Diego, CA 92108.

Applicant

Date

Workers' Compensation Claim Form (DWC 1) & Notice of Potential Eligibility
Formulario de Reclamo de Compensación de Trabajadores (DWC 1) y Notificación de Posible Elegibilidad



If you are injured or become ill, either physically or mentally, because of your job, including injuries resulting from a workplace crime, you may be entitled to workers' compensation benefits. Attached is the form for filing a workers' compensation claim with your employer. **You should read all of the information below.** Keep this sheet and all other papers for your records. You may be eligible for some or all of the benefits listed depending on the nature of your claim. If required you will be notified by the claims administrator, who is responsible for handling your claim, about your eligibility for benefits.

To file a claim, complete the "Employee" section of the form, keep one copy and give the rest to your employer. Your employer will then complete the "Employer" section, give you a dated copy, keep one copy and send one to the claims administrator. Benefits can't start until the claims administrator knows of the injury, so complete the form as soon as possible.

Medical Care: Your claims administrator will pay all reasonable and necessary medical care for your work injury or illness. Medical benefits may include treatment by a doctor, hospital services, physical therapy, lab tests, x-rays, and medicines. Your claims administrator will pay the costs directly so you should never see a bill. There is a limit on some medical services.

The Primary Treating Physician (PTP) is the doctor with the overall responsibility for treatment of your injury or illness. Generally your employer selects the PTP you will see for the first 30 days, however, in specified conditions, you may be treated by your pre-designated doctor or medical group. If a doctor says you still need treatment after 30 days, you may be able to switch to the doctor of your choice. Different rules apply if your employer is using a Health Care Organization (HCO) or a Medical Provider Network (MPN). A MPN is a selected network of health care providers to provide treatment to workers injured on the job. You should receive information from your employer if you are covered by an HCO or a MPN. Contact your employer for more information. If your employer has not put up a poster describing your rights to workers' compensation, you may choose your own doctor immediately.

Within one working day after you file a claim form, your employer shall authorize the provision of all treatment, consistent with the applicable treating guidelines, for the alleged injury and shall continue to be liable for up to \$10,000 in treatment until the claim is accepted or rejected.

Disclosure of Medical Records: After you make a claim for workers' compensation benefits, your medical records will not have the same level of privacy that you usually expect. If you don't agree to voluntarily release medical records, a workers' compensation judge may decide what records will be released. If you request privacy, the judge may "seal" (keep private) certain medical records.

Payment for Temporary Disability (Lost Wages): If you can't work while you are recovering from a job injury or illness, for most injuries you will receive temporary disability payments for a limited period of time. These payments may change or stop when your doctor says you are able to return to work. These benefits are tax-free. Temporary disability payments are two-thirds of your average weekly pay, within minimums and maximums set by state law. Payments are not made for the first three days you are off the job unless you are hospitalized overnight or cannot work for more than 14 days.

Return to Work: To help you to return to work as soon as possible, you should actively communicate with your treating doctor, claims administrator, and employer about the kinds of work you can do while recovering. They may coordinate efforts to return you to modified duty or other work that is medically appropriate. This modified or other duty may

Si Ud. se lesiona o se enferma, ya sea físicamente o mentalmente, debido a su trabajo, incluyendo lesiones que resulten de un crimen en el lugar de trabajo, es posible que Ud. tenga derecho a beneficios de compensación de trabajadores. Se adjunta el formulario para presentar un reclamo de compensación de trabajadores con su empleador. **Ud. debe leer toda la información a continuación.** Guarde esta hoja y todos los demás documentos para sus archivos. Es posible que usted reúna los requisitos para todos los beneficios, o parte de éstos, que se enumeran, dependiendo de la índole de su reclamo. Si se requiere, el administrador de reclamos, quien es responsable por el manejo de su reclamo, le notificará sobre su elegibilidad para beneficios.

Para presentar un reclamo, llene la sección del formulario designada para el "Empleado," guarde una copia, y déle el resto a su empleador. Entonces, su empleador completará la sección designada para el "Empleador," le dará a Ud. una copia fechada, guardará una copia, y enviará una al administrador de reclamos. Los beneficios no pueden comenzar hasta, que el administrador de reclamos se entere de la lesión, así que complete el formulario lo antes posible.

Atención Médica: Su administrador de reclamos pagará toda la atención médica razonable y necesaria, para su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Es posible que los beneficios médicos incluyan el tratamiento por parte de un médico, los servicios de hospital, la terapia física, los análisis de laboratorio y las medicinas. Su administrador de reclamos pagará directamente los costos, de manera que usted nunca verá un cobro. Hay un límite para ciertos servicios médicos.

El Médico Primario que le Atiende-Primary Treating Physician PTP es el médico con la responsabilidad total para tratar su lesión o enfermedad. Generalmente, su empleador selecciona al PTP que Ud. verá durante los primeros 30 días. Sin embargo, en condiciones específicas, es posible que usted pueda ser tratado por su médico o grupo médico previamente designado. Si el doctor dice que usted aún necesita tratamiento después de 30 días, es posible que Ud. pueda cambiar al médico de su preferencia. Hay reglas diferentes que se aplican cuando su empleador usa una Organización de Cuidado Médico (HCO) o una Red de Proveedores Médicos (MPN). Una MPN es una red de proveedores de asistencia médica seleccionados para dar tratamiento a los trabajadores lesionados en el trabajo. Usted debe recibir información de su empleador si su tratamiento es cubierto por una HCO o una MPN. Hable con su empleador para más información. Si su empleador no ha colocado un cartel describiendo sus derechos para la compensación de trabajadores, Ud. puede seleccionar a su propio médico inmediatamente.

Dentro de un día después de que Ud. presente un formulario de reclamo, su empleador autorizará todo tratamiento médico de acuerdo con las pautas de tratamiento aplicables a la presunta lesión y será responsable por \$10,000 en tratamiento hasta que el reclamo sea aceptado o rechazado.

Divulgación de Expedientes Médicos: Después de que Ud. presente un reclamo para beneficios de compensación de trabajadores, sus expedientes médicos no tendrán el mismo nivel de privacidad que usted normalmente espera. Si Ud. no está de acuerdo en divulgar voluntariamente los expedientes médicos, un juez de compensación de trabajadores posiblemente decida qué expedientes se revelarán. Si Ud. solicita privacidad, es posible que el juez "selle" (mantenga privados) ciertos expedientes médicos.

Pago por Incapacidad Temporal (Sueldos Perdidos): Si Ud. no puede trabajar, mientras se está recuperando de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, Ud. recibirá pagos por incapacidad temporal para la mayoría de las lesiones por un periodo limitado. Es posible que estos pagos cambien o paren, cuando su médico diga que Ud. está en condiciones de regresar a trabajar. Estos beneficios son libres de impuestos. Los pagos

Workers' Compensation Claim Form (DWC 1) & Notice of Potential Eligibility
Formulario de Reclamo de Compensación de Trabajadores (DWC 1) y Notificación de Posible Elegibilidad



be temporary or may be extended depending on the nature of your injury or illness.

Payment for Permanent Disability: If a doctor says your injury or illness results in a permanent disability, you may receive additional payments. The amount will depend on the type of injury, your age, occupation, and date of injury.

Supplemental Job Displacement Benefit (SJDB): If you were injured after 1/1/04 and you have a permanent disability that prevents you from returning to work within 60 days after your temporary disability ends, and your employer does not offer modified or alternative work, you may qualify for a nontransferable voucher payable to a school for retraining and/or skill enhancement. If you qualify, the claims administrator will pay the costs up to the maximum set by state law based on your percentage of permanent disability.

Death Benefits: If the injury or illness causes death, payments may be made to relatives or household members who were financially dependent on the deceased worker.

It is illegal for your employer to punish or fire you for having a job injury or illness, for filing a claim, or testifying in another person's workers' compensation case (Labor Code 132a). If proven, you may receive lost wages, job reinstatement, increased benefits, and costs and expenses up to limits set by the state.

You have the right to disagree with decisions affecting your claim. If you have a disagreement, contact your claims administrator first to see if you can resolve it. If you are not receiving benefits, you may be able to get State Disability Insurance (SDI) benefits. Call State Employment Development Department at (800) 480-3287.

You can obtain free information from an information and assistance officer of the State Division of Workers' Compensation (DWC), or you can hear recorded information and a list of local offices by calling (800) 736-7401. You may also go to the DWC website at www.dwc.ca.gov.

You can consult with an attorney. Most attorneys offer one free consultation. If you decide to hire an attorney, his or her fee will be taken out of some of your benefits. For names of workers' compensation attorneys, call the State Bar of California at (415) 538-2120 or go to their web site at www.californiaspecialist.org.

por incapacidad temporal son dos tercios de su pago semanal promedio, con cantidades mínimas y máximas establecidas por las leyes estatales. Los pagos no se hacen durante los primeros tres días en que Ud. no trabaje, a menos que Ud. sea hospitalizado una noche o no pueda trabajar durante más de 14 días.

Regreso al Trabajo: Para ayudarle a regresar a trabajar lo antes posible, Ud. debe comunicarse de manera activa con el médico que le atienda, el administrador de reclamos y el empleador, con respecto a las clases de trabajo que Ud. puede hacer mientras se recupera. Es posible que ellos coordinen esfuerzos para regresarle a un trabajo modificado, o a otro trabajo, que sea apropiado desde el punto de vista médico. Este trabajo modificado u otro trabajo podría ser temporal o podría extenderse dependiendo de la índole de su lesión o enfermedad.

Pago por Incapacidad Permanente: Si el doctor dice que su lesión o enfermedad resulta en una incapacidad permanente, es posible que Ud. reciba pagos adicionales. La cantidad dependerá de la clase de lesión, su edad, su ocupación y la fecha de la lesión.

Beneficio Suplementario por Desplazamiento de Trabajo: Si Ud. se lesionó después del 1/1/04 y tiene una incapacidad permanente que le impide regresar al trabajo dentro de 60 días después de que los pagos por incapacidad temporal terminen, y su empleador no ofrece un trabajo modificado o alternativo, es posible que usted reúna los requisitos para recibir un vale no-transferible pagadero a una escuela para recibir un nuevo entrenamiento y/o mejorar su habilidad. Si Ud. reúne los requisitos, el administrador de reclamos pagará los gastos hasta un máximo establecido por las leyes estatales basado en su porcentaje de incapacidad permanente.

Beneficios por Muerte: Si la lesión o enfermedad causa la muerte, es posible que los pagos se hagan a los parientes o a las personas que viven en el hogar y que dependían económicamente del trabajador difunto.

Es ilegal que su empleador le castigue o despidiera, por sufrir una lesión o enfermedad en el trabajo, por presentar un reclamo o por testificar en el caso de compensación de trabajadores de otra persona. (El Código Laboral sección 132a.) De ser probado, usted puede recibir pagos por pérdida de sueldos, reposición del trabajo, aumento de beneficios y gastos hasta los límites establecidos por el estado.

Ud. tiene derecho a no estar de acuerdo con las decisiones que afecten su reclamo. Si Ud. tiene un desacuerdo, primero comuníquese con su administrador de reclamos para ver si usted puede resolverlo. Si usted no está recibiendo beneficios, es posible que Ud. pueda obtener beneficios del Seguro Estatal de Incapacidad (SDI). Llame al Departamento Estatal del Desarrollo del Empleo (EDD) al (800) 480-3287.

Ud. puede obtener información gratis, de un oficial de información y asistencia, de la División Estatal de Compensación de Trabajadores (*Division of Workers' Compensation - DWC*) o puede escuchar información grabada, así como una lista de oficinas locales llamando al (800) 736-7401. Ud. también puede consultar con la página Web de la DWC en www.dwc.ca.gov.

Ud. puede consultar con un abogado. La mayoría de los abogados ofrecen una consulta gratis. Si Ud. decide contratar a un abogado, los honorarios serán tomados de algunos de sus beneficios. Para obtener nombres de abogados de compensación de trabajadores, llame a la Asociación Estatal de Abogados de California (*State Bar*) al (415) 538-2120, ó consulte con la página Web en www.californiaspecialist.org.



WORKERS' COMPENSATION CLAIM FORM (DWC 1)

PETITION DEL EMPLEADO PARA DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR (DWC 1)

Employee: Complete the "Employee" section and give the form to your employer. Keep a copy and mark it "Employee's Temporary Receipt" until you receive the signed and dated copy from your employer. You may call the Division of Workers' Compensation and hear recorded information at (800) 736-7401. An explanation of workers' compensation benefits is included as the cover sheet of this form.

You should also have received a pamphlet from your employer describing workers' compensation benefits and the procedures to obtain them.

Empleado: Complete la sección "Empleado" y entregue la forma a su empleador. Quédese con la copia designada "Recibo Temporal del Empleado" hasta que Ud. reciba la copia firmada y fechada de su empleador. Ud. puede llamar a la Division de Compensación al Trabajador al (800) 736-7401 para oír información gravada. En la hoja cubierta de esta forma esta la explicación de los beneficios de compensación al trabajador.

Ud. también debería haber recibido de su empleador un folleto describiendo los beneficios de compensación al trabajador lesionado y los procedimientos para obtenerlos.

Any person who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement or material representation for the purpose of obtaining or denying workers' compensation benefits or payments is guilty of a felony.

Toda aquella persona que a propósito haga o cause que se produzca cualquier declaración o representación material falsa o fraudulenta con el fin de obtener o negar beneficios o pagos de compensación a trabajadores lesionados es culpable de un crimen mayor "felonía".

Employee—complete this section and see note above Empleado—complete esta sección y note la notación arriba.

1. Name. *Nombre.* _____ Today's Date. *Fecha de Hoy.* _____
2. Home Address. *Dirección Residencial.* _____
3. City. *Ciudad.* _____ State. *Estado.* _____ Zip. *Código Postal.* _____
4. Date of Injury. *Fecha de la lesión (accidente).* _____ Time of Injury. *Hora en que ocurrió.* _____ a.m. _____ p.m.
5. Address and description of where injury happened. *Dirección/lugar dónde ocurrió el accidente.* _____
6. Describe injury and part of body affected. *Describe la lesión y parte del cuerpo afectada.* _____
7. Social Security Number. *Número de Seguro Social del Empleado.* _____
8. Signature of employee. *Firma del empleado.* _____

Employer—complete this section and see note below. Empleador—complete esta sección y note la notación abajo.

9. Name of employer. *Nombre del empleador.* _____
10. Address. *Dirección.* _____
11. Date employer first knew of injury. *Fecha en que el empleador supo por primera vez de la lesión o accidente.* _____
12. Date claim form was provided to employee. *Fecha en que se le entregó al empleado la petición.* _____
13. Date employer received claim form. *Fecha en que el empleado devolvió la petición al empleador.* _____
14. Name and address of insurance carrier or adjusting agency. *Nombre y dirección de la compañía de seguros o agencia administradora de seguros.* _____
15. Insurance Policy Number. *El número de la póliza de Seguro.* _____
16. Signature of employer representative. *Firma del representante del empleador.* _____
17. Title. *Título.* _____ 18. Telephone. *Teléfono.* _____

Employer: You are required to date this form and provide copies to your insurer or claims administrator and to the employee, dependent or representative who filed the claim within one working day of receipt of the form from the employee.

Empleador: Se requiere que Ud. feche esta forma y que provéa copias a su compañía de seguros, administrador de reclamos, o dependiente/representante de reclamos y al empleado que hayan presentado esta petición dentro del plazo de un día hábil desde el momento de haber sido recibida la forma del empleado.

SIGNING THIS FORM IS NOT AN ADMISSION OF LIABILITY

EL FIRMAR ESTA FORMA NO SIGNIFICA ADMISION DE RESPONSABILIDAD

- Employer copy/Copia del Empleador Employee copy/ Copia del Empleado Claims Administrator/Administrador de Reclamos Temporary Receipt/Recibo del Empleado

STATE OF CALIFORNIA
DEPARTMENT OF INDUSTRIAL RELATIONS
DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION
WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD

Case No. _____

Applicant

vs.

SUBSTITUTION OF ATTORNEYS

Defendant(s)

_____ hereby substitutes and
appoints _____ as his attorney in the
above-entitled case, in the place of _____
who respectively consent hereto. A copy has been served on all parties or their attorneys where they have
attorneys.

Dated _____

(Client)

Copies have been served on:

(Adverse Parties and Attorneys)

(Former Attorney)

(Address and Telephone Number of Attorney)

(Present Attorney)

(Address and Telephone Number of Attorney)