

COMISIÓN DE COMPENSACIÓN PARA LOS TRABAJADORES DE ILLINOIS
SOLICITUD DE AJUSTE DE RECLAMACIÓN (SOLICITUD DE BENEFICIOS)

ATENCIÓN. Por favor escriba o imprima. Responde todas las preguntas. Presente tres copias de este formulario.

Ley de Compensación para Trabajadores Ley de Enfermedades Profesionales ¿Caso fatal? No Sí Fecha de muerte _____

Empleado/Peticionario

de Caso
(Uso exclusivo de oficina)

v.

Empleador/Demandado

Lugar del accidente o última
exposición. _____
Ciudad, Estado

Nombre del empleado lesionado ¹ _____ Dirección _____ Ciudad (*) Estado (*) Código postal _____

Nombre del empleador _____ Dirección _____ Ciudad (*) Estado (*) Código postal _____

Información del empleado: ¿Empleado estatal? Sí No Masculino Femenino Casado Soltero

Dependientes menores de 18 años _____ Fecha de nacimiento _____ Salario semanal promedio \$ _____

Fecha del accidente _____ El empleador fue notificado del accidente oralmente por escrito

¿Cómo ocurrió el accidente? _____

¿Qué parte del cuerpo fue afectada? _____

¿Cuál es la naturaleza de la lesión? _____ Fecha de regreso al trabajo ³ _____

¿Se adjunta una Petición de Audiencia Inmediata? Sí No

¿El empleado lesionado recibe actualmente beneficios por incapacidad total temporal? Sí No

Si alguna vez se presentó una solicitud anterior para este empleado, indique el número de caso y su estado. _____

ATENCIÓN, PETICIONARIO. Este es un documento legal. Asegúrese de completar todos los espacios en blanco correctamente y de comprender las declaraciones antes de firmar esto. Consulte el Manual de la Comisión sobre Compensación Laboral y Enfermedades Profesionales para más información.

Firma del peticionario

Fecha

COMPARECENCIA DEL ABOGADO DEL PETICIONARIO
Adjunte una copia del acuerdo de representación del abogado.

Firma del abogado

Dirección

Nombre del abogado y número de código IC ⁵ (Escribe con letra de molde)

Ciudad (*) Estado (*) Código postal

Nombre de la empresa

Número de teléfono Dirección de correo electrónico

PRUEBA DE ENTREGA

Si la persona que firmó la Prueba de entrega no es abogado, este formulario debe estar certificado ante notario.
Si lo prefiere, puede enviar el frente de este formulario de solicitud con la Prueba de entrega en una página separada.

Yo, _____, afirmo que entregué _____ enviado por correo con el franqueo adecuado _____

en la ciudad de _____ una copia de este formulario

a la(s) _____ AM en _____ al demandado que figura en esta solicitud y a cada
PM (Fecha)

parte adicional, si la hubiera, a la dirección que se indica a continuación:

Firma de la persona que completa la Prueba de entrega

Firmado y jurado ante mí el _____

Notario público

1 En la mayoría de los casos, el empleado lesionado presenta esta solicitud y se le conoce como el peticionario. Si la lesión fue fatal, o si el trabajador es menor de edad o está incapacitado, otra persona (según lo permita la ley) puede presentar la solicitud. En esos casos, la persona que presenta la solicitud es el peticionario y el trabajador se denomina empleado lesionado. Complete la información relacionada con la edad, etc., del empleado lesionado.

² Esta puede ser la fecha del accidente, la última exposición, la discapacidad o la muerte.

³ Si el empleado no ha regresado a trabajar, deje este espacio en blanco.