



Petición para la Conferencia de Mediación

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR					
Correo electrónico del Trabajador					
Nombre del Trabajador					
Número de Teléfono		Número de Reclamo WC			
Fecha del Accidente		Parte del Cuerpo Lesionada			
INFORMACIÓN DEL PETICIONARIO					
Nombre del Peticionario					
Dirección					
Ciudad		Estado		Código Postal	
Número de Teléfono					
INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE					
Nombre del Representante					
Dirección					
Ciudad		Estado		Código Postal	
Número de Teléfono					
INFORMACIÓN DEL DEMANDANTE					
Nombre del Demandado					
Dirección					
Ciudad		Estado		Código Postal	
Número de Teléfono					
INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE DEL DEMANDADO					
Nombre del Representante del Demandado					
Dirección					
Ciudad		Estado		Código Postal	
Número de Teléfono					

INFORMACIÓN DE LA DISPUTA	
¿Cuál es su disputa con el Demandado?	
¿Qué intento tienes? hecho para resolver su disputa con el Demandado?	
¿Cuál fue la respuesta del demandado a su demanda?	
Firma	
Fecha	

Por favor, rellene todos los campos. Si desea guardar una copia del formulario o imprimir una copia, puede hacerlo. Una vez hecho esto, haga clic en Enviar Solicitud a Continuación. Se abrirá un cuadro de diálogo preguntando qué aplicación de correo electrónico desea utilizar. Puede marcar la casilla Recordar mi Elección y no se le volverá a preguntar. El formulario se enviará por correo electrónico a la División de Normas de Empleo y recibirá una copia del PDF en un correo electrónico. Una vez que se procese el formulario, recibirá un aviso a través del Correo US Mail con la fecha y la hora de la conferencia. Gracias.

Su Nombre Su Correo Electrónico