

**Trabajador**

Apellido		Primer Nombre		I.M.	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	
Dirección Postal				Ciudad	Estado	Código Postal	
Número de teléfono	Educación <input type="checkbox"/> Menos que Secundaria <input type="checkbox"/> GED o Diploma de Secundaria <input type="checkbox"/> Más allá de Secundaria	Género <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Desconocido		Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo, divorciado, soltero, no casado <input type="checkbox"/> Desconocido			Número de dependientes

**Salario**

Fecha de contratación	Ingresos brutos correspondientes a <u>cuatro</u> períodos de pago anteriores a la lesión						
	Fecha/Cantidad /	Fecha/Cantidad /	Fecha/Cantidad /	Fecha/Cantidad /			
Situación laboral <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Trabajador de Pieza <input type="checkbox"/> Estacional Voluntario <input type="checkbox"/> Otro			Número de días trabajados por semana	Salario	Período salarial <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Quincenal		
Además de los ingresos brutos citados anteriormente, el trabajador recibió <input type="checkbox"/> Alojamiento, Comida <input type="checkbox"/> Tiempo Extra <input type="checkbox"/> Bonos <input type="checkbox"/> Comisiones <input type="checkbox"/> Otros:				Valor estimado, si lo hubiera.		Hora en que el empleado comenzó a trabajar	
Trabajó el siguiente turno programado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fuera del trabajo más de 4 días laborables <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro	Fecha de trabajo por última vez	Fecha de regreso al trabajo	Salarios completos pagados por la fecha de la lesión. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Salario Continuoado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**Descripción del Accidente**

Título del trabajo		Descripción del accidente					
Causa de la lesión	Código de causa	Parte del cuerpo	Código de la parte	Naturaleza de la lesión	Código de la Naturaleza	Fecha de la lesión	Tiempo de la lesión
Fecha en que comenzó la discapacidad	Fecha de fallecimiento		Nombres de los testigos 1) _____ 2) _____ 3) _____				
Accidente en las instalaciones del empleador <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dirección o ubicación del accidente Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____						
Fecha en que el empleador fue notificado	Accidente reportado a			Equipo de seguridad proporcionado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Equipo de seguridad utilizado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**Médico**

Nombre del médico tratante	Dirección	Estado	Código Postal	Teléfono
Nombre del Hospital	Dirección	Estado	Código Postal	Teléfono
Tipo de tratamiento médico inicial recibido <input type="checkbox"/> Sin tratamiento <input type="checkbox"/> Sala de emergencias/atención de urgencia <input type="checkbox"/> Tratamiento in situ por empleador o personal medico <input type="checkbox"/> Clínica/consultorio del Dr. <input type="checkbox"/> Hospital > las 24 horas				

**Firma**

"Este es mi reclamo de beneficios de compensación para trabajadores debido a la lesión en el trabajo, enfermedad ocupacional o muerte del trabajador mencionado anteriormente. Entiendo que firmar este reclamo de compensación autoriza la liberación a la aseguradora de compensación para trabajadores (y sus agentes) y al Fondo de Empleadores No Asegurados de Montana de: registros del Seguro Social; registros de rehabilitación; y toda la información de atención médica (registros médicos, de conformidad con HIPAA, Ley Pública 104-191, 42 USC sección 1301, et. seq., y sección 39-71-604, MCA), que son directamente relevantes para la lesión reclamada, enfermedad o muerte. También entiendo que si obtengo o ejerzo un control no autorizado sobre los beneficios de compensación para trabajadores a los que no tengo derecho, puedo ser procesado por robo".

Firma del trabajador o beneficiario lesionado \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Empleador**

Nombre del empleador		Nombre del Negocio		Número de identificación federal del empleador (identificación fiscal)		
Dirección Postal	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono		
Ubicación de la operación, si es diferente de la dirección postal			Naturaleza del Código SIC/NAICS empresarial	Auto-Asegurado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Empleador es <input type="checkbox"/> Empresa Individual <input type="checkbox"/> Asociación <input type="checkbox"/> Corporación <input type="checkbox"/> Sociedad de Responsabilidad Limitada		Trabajador Lesionado es <input type="checkbox"/> Empresa individual <input type="checkbox"/> Asociación <input type="checkbox"/> Corporación <input type="checkbox"/> Sociedad de Responsabilidad Limitada <input type="checkbox"/> Un miembro de la familia del empleador (propietario único) que vive en el hogar del empleador.				
¿Tiene alguna razón para cuestionar este accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, sírvanse explicarlo detalladamente. Use una hoja separada si necesita espacio adicional				¿Fue un trabajador lesionado mientras estaba en su empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Preparado por	Título Oficial	Teléfono		Fecha		
Código de clasificación de nómina bajo el cual informa los salarios de los empleados		Firma del empleador autorizado _____				Fecha _____

**Asegurador**

Número de reclamación del administrador de notificaciones	Fecha de notificación al administrador de reclamaciones:	La información anterior es correcta con las siguientes excepciones <input type="checkbox"/> (Adjuntar hojas adicionales si la casilla de la derecha está marcada)				
Nombre del administrador de notificaciones		Dirección del administrador de la reclamación			Administrador de Reclamaciones FEIN	
Nombre de la aseguradora				Aseguradora FEIN		
Número de póliza				Fecha de vigencia de la póliza		Fecha de vencimiento de la póliza