

Gobierno del Distrito de Columbia
Oficina de Compesación de Trabajadores
4058 Minnesota Avenue, N.E.
Washington, D.C. 20019

(202) 671-1000

Fecha del reporte _____

No. de Seg. Soc. del empleado _____

No. de identificación del empleador _____

No. de la compañía aseguradora _____

Aviso: Es un delito proporcionar información falsa a una aseguradora con el propósito de defraudar al asegurador. Las sanciones incluyen encarcelamiento o multas. Además, un asegurador puede negar los beneficios del seguro si el solicitante proporciona información falsa relacionada con un reclamo.

Aviso de lesión por accidente o enfermedad ocupacional del empleado

Nombre y dirección del empleado:	Nombre y dirección del empleador:	Nombre y dirección de la compañía aseguradora:

Aviso para el empleado

Debe presentar este informe dentro de los 30 días después de que tenga conocimiento de una lesión por accidente o enfermedad ocupacional relacionada con su trabajo. La parte 1, debe enviarse por correo a la Oficina de Compensación de Trabajadores del gobierno de D.C. en la dirección anterior. La parte 2, debe enviarse por correo o entregarse a su empleador, y la parte 3, debe conservarse para su registro. Para preservar sus derechos conforme a la ley, debe presentar un formulario de reclamo no. 7ª DCWC, una copia de la cual se puede obtener de su empleador o la Oficina de Compensación de Trabajadores.

Fecha y hora de la lesión: _____ am/pm?

Lugar dónde ocurrió la lesión : _____

Descripción de la lesión: _____

Esto es para notificarle _____
(Empleador)

trabajando para el empleador mencionado anteriormente, sufrí una lesión o contraí una enfermedad . Esta enfermedad fue causada por: _____

Nombre y dirección del medico _____