

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

(202) 671-1000

**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.**

Fecha del reporte \_\_\_\_\_

No. de Seg. Soc. del empleado \_\_\_\_\_

No. de identificación del empleador \_\_\_\_\_

No. de la compañía aseguradora \_\_\_\_\_

### Solicitud de reclamo del empleado

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

### Aviso para el empleado

Un reclamo pro beneficios de compensación de trabajadores ha sido sometido a esta oficina. Usted tiene 14 días desde el momento en que recibió esta notificación si no ha tenido conocimiento previo y su relación con el empleo, para empezar pagos voluntarios de los beneficios de compensación de trabajadores al empleado mencionado anteriormente o debe someter una notificación de controversia, memo de negación de beneficios, formulario 11 DCWC a esta Oficina. El incumplimiento del pago de beneficios sin haber sometido una notificación de controversia de los derechos del empleado de recibir beneficios, le someterá a sanciones bajo la ley. Usted debe contactar su compañía aseguradora de inmediato.

Fecha y hora de la lesión : \_\_\_\_\_ am/pm? Representante de la Ofic \_\_\_\_\_

Lugar dónde ocurrió la lesión : \_\_\_\_\_

Descripción de la lesión: \_\_\_\_\_

Esto es para notificarle \_\_\_\_\_

Mientras estuve trabajando para el empleador mencionado anteriormente, sufrí una lesión \_\_\_\_\_ o contraí una enfermedad \_\_\_\_\_ como se describe arriba. Esta enfermedad fue causada por: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del médico: \_\_\_\_\_

**Usted ya debe haber sometido o debe someter el formulario No. 7DCWC de aviso de lesión o enfermedad.**

**Yo he sometido un reclamo a la Oficina de Compensación de Trabajadores**