

INFORME DE RECLAMACIÓN DEL EMPLEADO
 Departamento de Trabajo y Oportunidad Económica de Michigan
 Agencia de Compensación de La Discapacidad de los Trabajadores
 P.O. Box 30016, Lansing, MI 48909

NOTA: Se enviará una copia de este formulario a su empleador y a la compañía aseguradora de compensación para los trabajadores. No envíe ningún informe médico con este formulario.

1. Nro. de seguro social	2. Fecha de la lesión	3. Fecha de nacimiento (mes/día/año)	4. Número telefónico del empleado
5. Nombre del empleado (apellido, nombre, nombre intermedio)		10. Nombre del empleador:	
6. Dirección postal del empleado		11. Dirección postal del empleador	
7. Ciudad donde vive el empleado:	8. Estado	9. Código postal	12 Ciudad del empleador
			13. Estado
			14. Código postal
15. Describa el tipo de lesión y explique cómo ocurrió.			
16. ¿Está presentando una reclamación para el pago de gastos médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		17. Último día trabajado	
18 ¿Ha vuelto a trabajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, indique la fecha de regreso a labores _____		19. ¿Reportó la lesión a su empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, indique la fecha de regreso a labores _____	

Hacer declaraciones falsas o fraudulentas a efectos de obtener o rechazar beneficios puede derivar en demandas civiles y penales, o ambos, y en la negación de los beneficios.

20. Firma del empleado	21. Fecha de este informe
------------------------	---------------------------

PARA USO DE LA OFICINA
Nombre de la aseguradora

LEO es un proveedor/programa con igualdad de oportunidades. Puede solicitar asistencia, servicios y otras acomodaciones auxiliares razonables para individuos con discapacidades.	Autoridad: Ley de Compensación de Discapacidad de los Trabajadores, 408.31(4) Completado: Voluntario Sanción: Ninguna
---	---