

GEORGIA STATE BOARD OF WORKERS' COMPENSATION

Marque solo una opción: ☐ AVISO DE RECLAMACIÓN ÚNICAMENTE ☐ SOLICITUD DE AUDIENCIA/AVISO DE RECLAMACIÓN ☐ SOLICITUD DE MEDIACIÓN/AVISO DE RECLAMACIÓN
Complete otro formulario WC-14 para agregar a otro empleador o aseguradora, o para incluir la fecha de la lesión.

Si necesita más espacio, no modifique este formulario; más bien, adjunte otras hojas. Debe estar escrito en letra de imprenta o en computadora, en tinta negra.

N.º de reclamación de la State Board		Apellido del empleado		Nombre del empleado		Inicial del segundo nombre		Fecha de la lesión	
A. INFORMACIÓN DE LA RECLAMACIÓN									
EMPLEADO		Fecha de nacimiento		Condado de la lesión		Dirección postal			
Correo electrónico		Número de teléfono		Ciudad		Estado		Código postal	
EMPLEADOR		Nombre		ASEGURADORA/ ENTIDAD AUTOASEGURADA		Nombre		N.º de la SBWC (número de cinco dígitos)	
Dirección postal		Dirección postal		Ciudad		Estado		Código postal	
Ciudad		Estado		Código postal		Ciudad		Estado	
Correo electrónico		Número de teléfono		Correo electrónico		Número de teléfono			
ABOGADO DEL EMPLEADO/SOLICITANTE		Nombre		ABOGADO DEL EMPLEADOR/ASEGURADORA		Nombre			
Dirección postal		Número de matrícula de Georgia		Dirección postal		Número de matrícula de Georgia			
Ciudad		Estado		Código postal		Ciudad		Estado	
Correo electrónico		Número de teléfono		Correo electrónico		Número de teléfono			
1. Parte del cuerpo comprometida				2. Fecha en que se produjo por primera vez la discapacidad		3. Si la lesión fue mortal, ingrese la fecha completa del fallecimiento. Los solicitantes de beneficios por fallecimiento (enumere nombres y direcciones) deben adjuntar otras hojas.			
4. Descripción del accidente									
B. PROBLEMAS DE LA AUDIENCIA/MEDIACIÓN									
<input type="checkbox"/> Beneficios por ingresos <input type="checkbox"/> Discapacidad total temporal (fechas) _____ <input type="checkbox"/> Discapacidad parcial temporal (fechas) _____ <input type="checkbox"/> Discapacidad parcial permanente (fechas) _____				<input type="checkbox"/> Beneficios médicos Enumere los beneficios: _____ <input type="checkbox"/> Solicitud de suspensión/ finalización Fecha de entrada en vigor _____ Motivo: _____					
<input type="checkbox"/> Beneficios por dependencia		<input type="checkbox"/> Gastos funerarios							
<input type="checkbox"/> Multas/honorarios fijados de los abogados <input type="checkbox"/> §34-9-221e <input type="checkbox"/> §34-9-108b (1) <input type="checkbox"/> §34-9-108b(2) <input type="checkbox"/> Otro									
<input type="checkbox"/> Solicitud de designación catastrófica				Especifique: _____		<input type="checkbox"/> Apelación de la decisión de rehabilitación		Especifique: _____	
<input type="checkbox"/> Otro Problemas de la audiencia		Especifique: _____		Números adicionales de reclamaciones de la State Board que estarán involucrados (si los hay): <input type="checkbox"/> _____ (Complete otro formulario WC-14 por cada fecha de accidente).					
C. AFIRMACIÓN DE LA PARTE DEMANDANTE									
<input type="checkbox"/> Yo, [la persona cuyo nombre figura arriba], certifico y afirmo que toda la información de este documento es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Comprendo que brindar información falsa a sabiendas con el fin de obtener o denegar beneficios de compensación por accidente laboral me expone a multas civiles y penales.									
D. COMPARECENCIA									
<input type="checkbox"/> Por el presente, certifico la existencia de un contrato válido de honorarios de conformidad con la Norma 108 de la State Board o un formulario WC-102B de conformidad con la Norma 102 de la State Board. (El contrato de honorarios o el formulario WC-102B se ha presentado previamente o se adjunta).									
E. CERTIFICADO DE SERVICIO									
<input type="checkbox"/> Por el presente, certifico que hoy he enviado una copia de este formulario a todas las partes y que he enviado este formulario a la State Board of Workers' Compensation, cuya dirección es 270 Peachtree St., NW, Atlanta, Georgia 30303-1299.									
Nombre en letra de imprenta				Firma				Fecha	
Número de teléfono		Correo electrónico							

SI TIENE PREGUNTAS, COMUNÍQUESE CON LA STATE BOARD OF WORKERS' COMPENSATION AL 404-656-3818 O AL 1-800-533-0682, O VISITE <http://www.sbwcc.georgia.gov>. REALIZAR DECLARACIONES FALSAS DE FORMA INTENCIONADA PARA OBTENER O DENEGAR BENEFICIOS ES UN DELITO SUJETO A MULTAS DE HASTA \$10,000.00 POR INFRACCIÓN (ARTÍCULOS 34-9-18 Y 34-9-19 DEL CÓDIGO OFICIAL ANOTADO DE GEORGIA [OCGA]).