

## 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	
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	Código postal
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

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"/> Beneficios por dependencia	<input type="checkbox"/> Gastos funerarios	<input type="checkbox"/> Solicitud de suspensión/ finalización	Solicitud de suspensión/ finalización
<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		Fecha de entrada en vigor	
<input type="checkbox"/> Solicitud de designación catastrófica		Motivo:	
Otro	Especifique:	Apelación de la decisión de rehabilitación	
<input type="checkbox"/> 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. COMPARCENCIA

<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.sbcc.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 INFRACTION (ARTÍCULOS 34-9-18 Y 34-9-19 DEL CÓDIGO OFICIAL ANOTADO DE GEORGIA [OCGA]).