Si su Empleador se

Encuentra Ilegalmente Sin Seguro

Cómo Solicitar los Beneficios de Compensación del Trabajador

Preparado por el
Instituto de Investigación sobre el Trabajo y Empleo, Universidad de California, Berkeley

Para la
Comisión de Salud, Seguridad y la Compensación del Trabajador, Departamento de Relaciones Industriales de California

Junio de 2011

Si su Empleador se

Encuentra Ilegalmente Sin Seguro

Cómo Solicitar los Beneficios de Compensación del Trabajador

Preparado por el
Instituto de Investigación sobre el Trabajo y Empleo, Universidad de California, Berkeley

Para la
Comisión de Salud, Seguridad y la Compensación del Trabajador, Departamento de Relaciones Industriales de California

Junio de 2011

Lista de Menciones

Esta guía fue preparada y diseñada por el Instituto de Investigación sobre el Trabajo y Empleo o IRLE (Institute for Research on Labor and Employment), Universidad de California, Berkeley, bajo contrato con la Comisión de Salud, Seguridad y la Compensación del Trabajador de California o CHSWC (Commission on Health and Safety and Workers' Compensation). El objetivo es ayudar a los trabajadores que hayan sufrido alguna lesión a solicitar los beneficios de compensación del trabajador cuando sus empleadores se hallen ilegalmente sin seguro.

Directora del Proyecto	Juliann Sum, JD, ScM
Editora	Joan Lichterman
Diseño	Vicki Valentine
Traducido al español por	Abracadabra Translations, Inc. (www.AbracadabraTR.com)

Queremos expresar nuestro agradecimiento al Departamento de Relaciones Industriales de California o DIR (Department of Industrial Relations), a Christine Baker, Directora Interina y ex Directora Ejecutiva de la CHSWC, a John C. Duncan, ex Director del DIR, a Sean McNally, Presidente de la CHSWC en 2011, a Angie Wei, Presidente de la CHSWC en 2010 , a otros miembros de la Comisión, al Juez de Compensación del Trabajador Lachlan Taylor y al personal de la CHSWC por el apoyo brindado en este proyecto. También queremos expresarle nuestro agradecimiento al personal de la Oficina del Director de Relaciones Industriales, Unidad de Asuntos Legales y al personal de la División de la Compensación del Trabajador por haber revisado esta guía a fin de garantizar su precisión.

Las fotografías son cortesía de iStockphoto.

Copyright © 2011, Regentes de la Universidad de California/ IRLE y CHSWC. Se permite la reproducción total o parcial de esta guía para fines educativos, sin necesidad de obtener permiso previo. Se solicita mencionar como autores a IRLE y CHSWC y como traductor a Abracadabra Translations, Inc. (www.AbracadabraTR.com).

Contenido

Cómo Utilizar Esta Guía 5

Pasos a Seguir para Solicitar los Beneficios

Paso 1. Informar acerca de la Lesión 7
Paso 2. Presentar un Formulario de Reclamo 7
Paso 3. Identificar y Nombrar Correctamente a su Empleador 8
Paso 4. Solicitar Información acerca de la Cobertura 10
Paso 5. Presentar una Solicitud de Adjudicación de Reclamo 10
Paso 6. Hacer la Presentación ante un Tribunal de Quiebras si así Corresponde 11
Paso 7. Llenar un Formulario de Notificación Especial de Demanda 12
Paso 8. Establecer Jurisdicción Personal sobre su Empleador 12
OPCIÓN A: Solicitar una Audiencia 12
OPCIÓN B: Notificar y Solicitar una Audiencia 14
Paso 9. Obtener una Orden de Inclusión del UEBTF 17
Paso 10. Solicitar los Beneficios 17

Apéndices

A. Servicios de Asistencia e Información Estatal o I&A (Information & Assistance) 19
B. Abogados de Solicitantes de Compensación del Trabajador 21
C. Personas que Pueden Ser Notificadas acerca de un Reclamo en Nombre de una Empresa 23
D. Cómo Hacer una Entrega Mediante Notificación Personal o Notificación Sustitutiva 25
E. Leyes, Reglamentos y Casos Importantes 27
F. Formularios para Llenar con un Funcionario de Asistencia e Información o con un Abogado 31
Solicitud de Adjudicación de Reclamo 33
Declaración de Conformidad con el Código Laboral, Sección 4906(g) 39
Declaración de Disposición para Proseguir 41
Solicitud de Pagos Discrecionales del Fondo para Empleadores sin Seguro 45
G. Formularios para Fotocopiar y Utilizar 47
Formulario de Reclamo de Compensación de Trabajadores (DWC 1) 49
Solicitud del Servicio de Averiguación de Cobertura 53
Notificación Especial de Demanda, Incluyendo Constancia de Entrega de la Notificación Especial de Demanda 57
Petición de Inclusión del UEBTF como Parte Demandada 59

Cómo Utilizar Esta Guía

Si usted sufre una lesión o una enfermedad en su puesto de trabajo, la ley exige que su empleador le proporcione los beneficios de la compensación del trabajador. Los mismos incluyen la atención médica de su lesión y los pagos si usted no puede trabajar o si sufre de incapacidad permanente a raíz de la lesión. Para informarse acerca de estos beneficios, vea la guía *Workers' Compensation in California: A Guidebook for Injured Workers* (Compensación del Trabajador en California: Una Guía para los Trabajadores Lesionados), 3ra Edición, noviembre de 2006, junto con las actualizaciones posteriores al año 2006. Visite: **www.dir.ca.gov/chswc** (enlace a "Find the most recent Guidebook for Injured Workers" [Buscar la Guía más reciente para Trabajadores Lesionados]).

En California, los empleadores tienen la obligación de comprar un seguro de compensación del trabajador en una compañía de seguros o contar con un seguro propio a través de algún programa estatal. Si su empleador se encuentra ilegalmente sin seguro y no le proporciona los beneficios de compensación del trabajador por su lesión, usted puede entablar una demanda civil contra su empleador por lesión personal. También puede presentar un reclamo de compensación del trabajador contra su empleador solicitándole a la Junta de Apelaciones de Compensación del Trabajador del estado o WCAB (Workers' Compensation Appeals Board) que decida cuáles son los beneficios que usted tiene derecho a recibir.

A fin de otorgarle a la WCAB la competencia legal de determinar sus beneficios, usted debe averiguar el nombre legal exacto de su empleador y notificarle a su empleador acerca de su demanda. Si la WCAB decide que usted tiene derecho a recibir los beneficios, emitirá un fallo requiriéndole a su empleador el pago de los beneficios.

Si su empleador no le paga, los beneficios serán pagados por el Fondo Fiduciario de Beneficios para Empleadores sin Seguro o UEBTF (Uninsured Employers Benefits Trust Fund). Éste es un fondo especial de California que proporciona beneficios de compensación del trabajador cuando el empleador de un trabajador lesionado no lo hace. Luego de pagar sus beneficios, el UEBTF se lo cobrará a su empleador en el tribunal civil. Las reglas acerca de cómo identificar y notificar a su empleador son estrictas y detalladas a fin de que al UEBTF le sea posible cobrarle el dinero a su empleador.

Esta guía describe los 10 pasos básicos a seguir para solicitar los beneficios en caso de que su empleador se encuentre ilegalmente sin seguro. En lo posible, usted debería contar con alguien que conozca

estos pasos para que lo guíe a través del proceso. Algunos trabajadores contratan los servicios de un abogado de solicitantes de compensación del trabajador para que se ocupe de estos pasos. (Los abogados de solicitantes representan a los trabajadores lesionados en los casos de compensación del trabajador). Para el caso de los trabajadores que no pueden contratar a un abogado, esta guía explica la manera en que usted puede resolverlo junto con un funcionario de Asistencia e Información estatal (I&A).

En el Apéndice A, se proporciona información acerca de los funcionarios de Asistencia e Información. En el Apéndice B, encontrará información acerca de los abogados de solicitantes. En los Apéndices C, D, F y G se proveen formularios específicos y otras instrucciones. Las leyes, los reglamentos y los casos que rigen los derechos y las obligaciones que se tratan en esta guía figuran en el Apéndice E.

Más allá de quién le esté brindando asistencia, usted debe reunir y organizar los materiales y otra información que se indica a continuación para hacer su reclamo. Usted debe continuar haciéndolo hasta que su reclamo haya quedado finalizado y cerrado:

- Listado de testigos de la lesión.
- Notas de discusiones con personas involucradas en su reclamo.
- Notas indicativas del progreso de su condición médica y de su capacidad para trabajar.
- Informes médicos.
- Informes de la policía y de los servicios de emergencia.
- Facturas de gastos médicos, recibos de medicamentos recetados y de traslados a las consultas médicas.
- Pruebas del empleo, como talones, formularios W-2, instrucciones de trabajo que tenga por escrito y anuncios o avisos de empleo.
- Información para identificar a su empleador, como insignias, tarjetas comerciales y el número de placa del vehículo de su empleador.

Pasos a Seguir para Solicitar los Beneficios

PASO 1.
Informar acerca de la Lesión

Si usted sufre una lesión o una enfermedad en el empleo o desarrolla un problema médico relacionado con el trabajo, infórmeselo a su empleador. Asegúrese de que su jefe, su supervisor u otra persona a cargo tome conocimiento lo antes posible. Si su empleador no se entera de su lesión o enfermedad de manera oportuna, usted podría perder el derecho de recibir los beneficios de compensación del trabajador.

PASO 2.
Presentar un Formulario de Reclamo

Su empleador debe darle un ***Formulario de Reclamo de Compensación de Trabajadores (DWC 1)*** (***Workers' Compensation Claim Form)***. Este formulario se utiliza para solicitar los beneficios de compensación del trabajador por escrito. Si su empleador no le proporciona un formulario de reclamo, usted puede fotocopiar el que figura en el Apéndice G o solicitarle uno a un funcionario de Asistencia e Información.

Workers' Compensation Claim Form (DWC 1)

Lea toda la información acerca de la compensación del trabajador que se incluye en el formulario. Llene la parte correspondiente al "Empleado". Complételo a máquina o en letra de imprenta legible. Describa su lesión de manera completa e incluya todas las partes de su cuerpo que resultan afectadas por la lesión. Luego firme el formulario. Guarde una copia para sus registros.

Entréguele el formulario a su empleador o envíeselo por correo. Esto se denomina "presentar" el formulario de reclamo. Si se lo envía por correo, utilice un servicio de correo de primera clase o certificado, con acuse de recibo. Si usted no sabe a dónde enviar el formulario, puede solicitarle ayuda al funcionario de Información y Asistencia.

PASO 3.

Identificar y Nombrar Correctamente a su Empleador

Solicite el nombre de la compañía de seguro de su empleador si sospecha que su empleador no está asegurado

Si su empleador se niega a enviarlo a usted a recibir tratamiento o si paga su tratamiento en forma directa sin pasar por el seguro de compensación del trabajador, es posible que su empleador no tenga seguro. Si esto sucede, pregúntele a su empleador el nombre de la compañía de seguro de compensación del trabajador.

Averigüe el nombre legal exacto de su empleador si no puede obtener el nombre de la compañía de seguro

Si su empleador no le da el nombre de la compañía de seguro y usted sospecha que su empleador no está asegurado, averigüe el nombre legal de su empleador. Es posible que el nombre que usa su empleador no sea necesariamente el nombre legal del mismo:

- Si su empleador es una persona física, o un único dueño, el nombre legal es el nombre de esa persona.
- Si su empleador es una sociedad, el nombre legal incluye el nombre de cada socio.
- Si su empleador es una corporación, una compañía de responsabilidad limitada o una sociedad comanditaria, el nombre legal (razón social) es el nombre que su empleador tiene registrado en la Secretaría de Estado de California.

Para averiguar el nombre legal de su empleador, busque en los siguientes lugares:

- Cheques u otros documentos que tenga de su empleador
- Directorio telefónico
- Oficina de licencias comerciales de la ciudad
- Oficina de asesoramiento impositivo de la ciudad o del condado
- Índice de "Nombres Comerciales Ficticios" del secretario del condado, en el que figuran los nombre reales de algunas empresas y los nombres bajo los cuales operan ("DBA", por sus siglas en inglés)
- Secretaría de Estado de California: **www.sos.ca.gov** (enlace a "Business Entities" [Entidades Comerciales], luego enlace a "Business Search"[Búsqueda de Empresa])
- Departamento de Asuntos del Consumidor de California, Junta Estatal para el Otorgamiento de Licencias de Contratistas: **www.cslb.ca.gov** (enlace a "Consumers" [Consumidores], luego enlace a "Check a License" [Controlar una Licencia])

Solicite ayuda si es necesario

Si usted no puede averiguar el nombre legal de su empleador, puede solicitarle ayuda al funcionario de Asistencia e Información para que pida información a la Oficina del Director de Relaciones Industriales, Unidad de Asuntos Legales, que representa al UEBTF. A esta oficina también se la llama "OD Legal". Vea las instrucciones del cuadro a continuación.

Para solicitar información en la OD Legal:

1. Describa todo lo que haya hecho para:
   a. Identificar al empleador;
   b. Averiguar si se trata de una persona física, de una sociedad o asociación o de una corporación o compañía;
   c. Averiguar su dirección.
2. Declare que a pesar de estos esfuerzos usted no puede hallar la información que necesita.
3. Declare que la información es necesaria para iniciar acciones legales contra el empleador para que usted pueda solicitar los beneficios.

Escriba el nombre legal de su empleador

Utilice la información obtenida para escribir todas las versiones posibles del nombre legal de su empleador. Vea el cuadro a continuación.

Cómo nombrar a su empleador

- Si su empleador es una persona física o una sociedad, escriba el nombre de cada persona, la inicial del segundo nombre (si la conoce) y el apellido. (Ejemplo: Thomas R. Thompson y Samuel L. Smith).
- Si su empleador es una empresa que es propiedad de una persona física, escriba el nombre del dueño y el nombre de la empresa. (Ejemplo: Thomas R. Thompson, separada y personalmente operando bajo el nombre de Tom's Tires, y empresa de un solo propietario: Tom's Tires).
- Si su empleador es una empresa que es propiedad de una sociedad, escriba los nombres de los dueños y el nombre de la empresa. (Ejemplo: Thomas R. Thompson y Samuel L. Smith, separada y personalmente operando bajo el nombre Tom's Tires, y una sociedad: Tom's Tires).
- Si su empleador es otro tipo de entidad comercial, escriba el nombre exacto. Incluya cualquier división, subsidiaria corporativa o nombre ficticio que use la empresa. (Ejemplo: Toledo Tires, Inc., una corporación de Delaware, separada y personalmente operando bajo el nombre New Tires for Less, y New Tires for Less).

PASO 4.

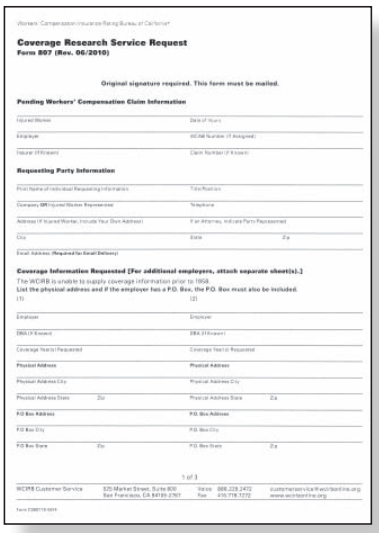
Solicitar Información acerca de la Cobertura

Usted puede solicitarle al funcionario de Asistencia e Información si puede realizar una búsqueda

Para averiguar si su empleador cuenta con seguro de compensación del trabajador, usted puede solicitarle al funcionario de Asistencia e Información que realice una búsqueda en la base de datos de la Oficina de Clasificación de Seguros de Compensación del Trabajador o WCIRB (Workers' Compensation Insurance Rating Bureau), o que el funcionario contacte a esa oficina en forma directa.

Solicite los servicios de la WCIRB si es necesario

Si el funcionario de Asistencia e Información no puede realizar la búsqueda y no puede contactar a la WCIRB en forma directa, llene un formulario de ***Solicitud de Servicio de Averiguación de Cobertura (Coverage Research Service Request)*** a fin de solicitarle a la WCIRB que busque en sus registros la información acerca del seguro de compensación del trabajador de su empleador. Escriba a máquina o en letra de imprenta legible. Usted puede fotocopiar el formulario del Apéndice G o solicitarle uno al funcionario de Asistencia e Información. Llene el formulario, incluyendo todos los nombres posibles que usa su empleador. Firme el formulario. Envíele por correo el formulario completado a la WCIRB a la dirección que figura en el formulario. No se le cobran honorarios a los trabajadores lesionados. Espere recibir una respuesta en un plazo de entre dos y seis semanas. Si la WCIRB declara que no se encontró cobertura de seguro, siga con el paso siguiente.


Workers' Compensation Insurance Rating Bureau of California®

Coverage Research Service Request
Form 807 (Rev. 06/2010)

Original signature required. This form must be mailed.

Pending Workers' Compensation Claim Information

Injured Worker — Date of Hiring
Employer — WCIRB Number (If Assigned)
Insurer (If Known) — Claim Number (If Known)

Requesting Party Information

Print Name of Individual Requesting Information — Title/Position
Company OR Injured Worker Represented — Telephone
Address (If Injured Worker, Include Your Own Address) — If an Attorney, Indicate Party Represented
City — State — Zip
Email Address (Required for Email Delivery)

Coverage Information Requested [For additional employers, attach separate sheet(s).]
The WCIRB is unable to supply coverage information prior to 1958.
List the physical address and if the employer has a P.O. Box, the P.O. Box must also be included.

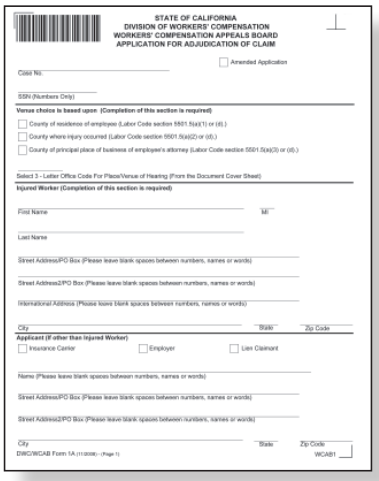
(1) — (2)
Employer — Employer
DBA (If Known) — DBA (If Known)
Coverage Year(s) Requested — Coverage Year(s) Requested
Physical Address — **Physical Address**
Physical Address City — Physical Address City
Physical Address State — Zip — Physical Address State — Zip
P.O. Box Address — **P.O. Box Address**
P.O. Box City — P.O. Box City
P.O. Box State — Zip — P.O. Box State — Zip

1 of 3

WCIRB Customer Service — 570 Market Street, Suite 800, San Francisco, CA 94105-2767 — Voice 888.228.2472, Fax 415.778.7272 — customerservice@wcirbonline.org, www.wcirbonline.org

Form C080718-0409

Coverage Research Service Request


STATE OF CALIFORNIA
DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION
WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD
APPLICATION FOR ADJUDICATION OF CLAIM

☐ Amended Application

Case No.

SSN (Numbers Only)

Venue choice is based upon: (Completion of this section is required)

☐ County of residence of employee (Labor Code section 5501.5(a)(1) or (d).)
☐ County where injury occurred (Labor Code section 5501.5(a)(2) or (d).)
☐ County of principal place of business of employee's attorney (Labor Code section 5501.5(a)(3) or (d).)

Select 3 - Letter Office Code For Place/Venue of Hearing (From the Document Cover Sheet)

Injured Worker (Completion of this section is required)

First Name — MI
Last Name
Street Address/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)
Street Address2/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)
International Address (Please leave blank spaces between numbers, names or words)
City — State — Zip Code

Applicant (If other than Injured Worker)

☐ Insurance Carrier ☐ Employer ☐ Lien Claimant

Name (Please leave blank spaces between numbers, names or words)
Street Address/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)
Street Address2/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)
City — State — Zip Code

DWC/WCAB Form 1A (11/2006) - (Page 1) — WCAB1

Application for Adjudication of Claim

PASO 5.

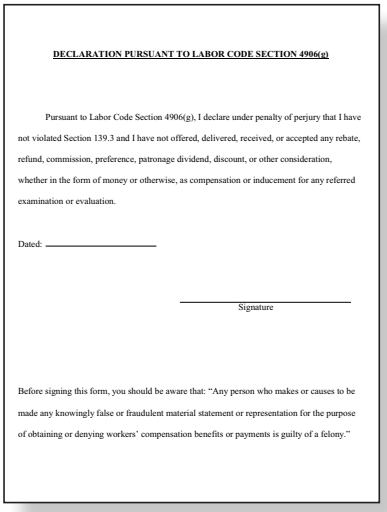
Presentar una Solicitud de Adjudicación de Reclamo

Llene y firme un formulario de ***Solicitud de Adjudicación de Reclamo (Application for Adjudication of Claim)***. Este formulario se utiliza para abrir un caso y pedir que un juez de compensación del trabajador determine los beneficios que usted tiene derecho a recibir. Usted puede completar el formulario con la ayuda del funcionario de Asistencia e Información. El formulario figura en el Apéndice F.

El formulario solicita el nombre de su empleador. Use el(los) nombre(s) que utilizó en el Paso 3. Si usted no pudo averiguar el verdadero nombre legal de su empleador, incluso luego de pedirle ayuda al funcionario de Asistencia e Información, escriba todos los nombres que considere que su empleador utiliza y el nombre de todas las personas que parecen estar a cargo de la empresa. Cuando posteriormente usted conozca el nombre verdadero de su empleador, usted deberá enmendar (revisar) la Solicitud.

Después, firme una ***Declaración de Conformidad con el Código Laboral Sección 4906(g) (Declaration Pursuant to Labor Code Section 4906(g))***. Esta declaración especifica que usted no tiene un interés financiero en las pruebas y los exámenes médicos. Puede hacer esto con la ayuda del funcionario de Asistencia e Información. En el Apéndice F, se incluye una Declaración de muestra.

Con el funcionario de Asistencia e Información, presente copias de la Solicitud, la Declaración y el Formulario de Reclamo de Compensación de Trabajadores ante la Junta de Apelaciones de Compensación del Trabajador. La oficina de la WCAB le enviará una notificación por correo con el número de su caso.



DECLARATION PURSUANT TO LABOR CODE SECTION 4906(g)

Pursuant to Labor Code Section 4906(g), I declare under penalty of perjury that I have not violated Section 139.3 and I have not offered, delivered, received, or accepted any rebate, refund, commission, preference, patronage dividend, discount, or other consideration, whether in the form of money or otherwise, as compensation or inducement for any referred examination or evaluation.

Dated: _____

_____
Signature

Before signing this form, you should be aware that: "Any person who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement or representation for the purpose of obtaining or denying workers' compensation benefits or payments is guilty of a felony."

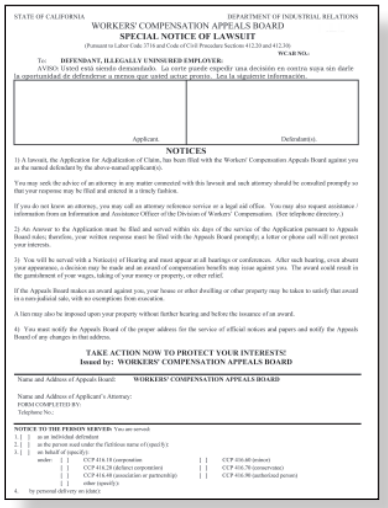
Declaration Pursuant to Labor Code Section 4906(g)

PASO 6.
Hacer la Presentación ante un Tribunal de Quiebras si así Corresponde

"Quiebra" significa que un tribunal decide lo que sucederá cuando una compañía no tiene dinero suficiente para pagar sus deudas, incluyendo los reclamos de compensación del trabajador presentados por los empleados. Un tribunal de quiebras tiene la facultad de detener los procedimientos de compensación del trabajador. La acción de detener los procedimientos de compensación del trabajador se denomina "suspensión" [en inglés, "stay"].

Si usted recibió una notificación indicando que su empleador está presentando una declaración de quiebra, presente una "prueba de reclamo" en el procedimiento de quiebra y solicite "exención" [en inglés, "relief"] de la suspensión del tribunal de los procedimientos de su compensación del trabajador. Usted debe hacer esto para preservar o proteger el derecho a obtener los beneficios de compensación del trabajador por parte de su empleador o del Fondo Fiduciario de Beneficios para Empleadores sin Seguro (UEBTF).

En lo posible, contrate un abogado especializado en quiebras para que lleve a cabo estas acciones para proteger sus derechos, como por ejemplo un abogado que tenga certificación del Colegio de Abogados del Estado de California como especialista en derecho de quiebras. Usted puede obtener nombres de distintos especialistas certificados a través del Colegio de Abogados del Estado (sitio web: **www.calbar.ca.gov**), de una asociación local de colegios de abogados, de una sociedad de ayuda legal del condado, o de su sindicato (en caso de que tenga uno). También puede contactar al Colegio de Abogados de California para el servicio de referencia de abogados (línea gratuita en California: 1-866-442-2529; sitio web: **www.calbar.ca.gov**), o busque en las páginas amarillas bajo la leyenda: Servicio de Referencia de Abogados [Attorney Referral Service].



STATE OF CALIFORNIA DEPARTMENT OF INDUSTRIAL RELATIONS

WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD

SPECIAL NOTICE OF LAWSUIT

(Pursuant to Labor Code 3716 and Code of Civil Procedure Sections 412.20 and 412.30)

WCAB NO.:

To: DEFENDANT, ILLEGALLY UNINSURED EMPLOYER:

AVISO: Usted está siendo demandado. La corte puede expedir una decisión en contra suya sin darle la oportunidad de defenderse a menos que usted actúe pronto. Lea la siguiente información.

Applicant. Defendant(s).

NOTICES

1) A lawsuit, the Application for Adjudication of Claim, has been filed with the Workers' Compensation Appeals Board against you as the named defendant by the above-named applicant(s).

You may seek the advice of an attorney in any matter connected with this lawsuit and such attorney should be consulted promptly so that your response may be filed and entered in a timely fashion.

If you do not know an attorney, you may call an attorney reference service or a legal aid office. You may also request assistance / information from an Information and Assistance Officer of the Division of Workers' Compensation. (See telephone directory.)

2) An Answer to the Application must be filed and served within six days of the service of the Application pursuant to Appeals Board rules; therefore, your written response must be filed with the Appeals Board promptly; a letter or phone call will not protect your interests.

3) You will be served with a Notice(s) of Hearing and must appear at all hearings or conferences. After such hearing, even absent your appearance, a decision may be made and an award of compensation benefits may issue against you. The award could result in the garnishment of your wages, taking of your money or property, or other relief.

If the Appeals Board makes an award against you, your house or other dwelling or other property may be taken to satisfy that award in a non-judicial sale, with no exemptions from execution.

A lien may also be imposed upon your property without further hearing and before the issuance of an award.

4) You must notify the Appeals Board of the proper address for the service of official notices and papers and notify the Appeals Board of any changes in that address.

TAKE ACTION NOW TO PROTECT YOUR INTERESTS!

Issued by: WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD

Name and Address of Appeals Board: WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD

Name and Address of Applicant's Attorney:

FORM COMPLETED BY:

Telephone No.:

NOTICE TO THE PERSON SERVED: You are served:

1. [ ] as an individual defendant
2. [ ] as the person sued under the fictitious name of (specify):
3. [ ] on behalf of (specify):
under: [ ] CCP 416.10 (corporation) [ ] CCP 416.60 (minor)
[ ] CCP 416.20 (defunct corporation) [ ] CCP 416.70 (conservatee)
[ ] CCP 416.40 (association or partnership) [ ] CCP 416.90 (authorized person)
[ ] other (specify):
4. by personal delivery on (date):

Special Notice of Lawsuit

PASO 7.

Llenar un Formulario de Notificación Especial de Demanda

Llene y firme un formulario de ***Notificación Especial de Demanda (Special Notice of Lawsuit)***. Este formulario se usa para notificarle a su empleador que usted ha presentado una solicitud ante la Junta de Apelaciones de Compensación del Trabajador (WCAB). Puede fotocopiar y usar el formulario del Apéndice G. Complételo a máquina o en letra de imprenta legible. Llene y firme el formulario. En el espacio correspondiente a "Demandado(s)", escriba el nombre de su empleador, tal como lo escribió en el Paso 3.

Si usted no puede encontrar el verdadero nombre legal de su empleador, incluso luego de haberle pedido ayuda al funcionario de Asistencia e Información, escriba los nombres que usted considera que su empleador utiliza y los nombres de las personas que parecen estar a cargo en la empresa. Cuando posteriormente usted conozca el verdadero nombre legal de su empleador, deberá enmendar (corregir) la ***Notificación Especial de Demanda***.

PASO 8.

Establecer Jurisdicción Personal sobre su Empleador

La Junta de Apelaciones de Compensación del Trabajador (WCAB) debe establecer "jurisdicción personal" sobre su empleador para tener la competencia legal de decidir si su empleador debe pagarle los beneficios de compensación del trabajador por su lesión. A continuación, se explican dos maneras de establecer jurisdicción personal. La Opción B es el método tradicional. La opción A es más fácil que la Opción B. Sin embargo, si la opción A no funciona, usted debe recurrir a la Opción B. Discuta con el funcionario de Asistencia e Información la posibilidad de que la oficina local de la WCAB lleve adelante la Opción A.

OPCIÓN A: SOLICITAR UNA AUDIENCIA

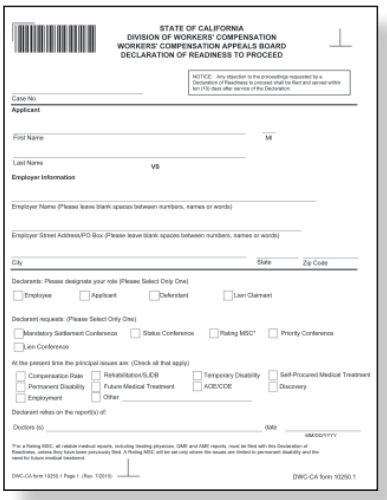
La Junta de Apelaciones de Compensación del Trabajador podría llegar a establecer jurisdicción personal sobre su empleador si su empleador asiste a una audiencia y participa de ella. Esta opción puede funcionar sólo si usted conoce la dirección de su empleador y la incluye en los papeles descritos más adelante. Esto le permitirá a la WCAB notificarle a su empleador acerca de la audiencia.

Solicite ayuda para averiguar la dirección de su empleador si es necesario

Si no puede averiguar la dirección de su empleador, usted puede recurrir a la ayuda del funcionario de Asistencia e Información para que obtenga información en la oficina OD Legal. Vea las instrucciones del cuadro de la página 9.

Prepare la documentación para una audiencia

Llene y firme un formulario de ***Declaración de Disposición para Proceder (Declaration of Readiness to Proceed)*** para solicitar una audiencia ante un juez de compensación del trabajador. Esto lo puede hacer con el funcionario de Asistencia e Información. Este formulario está en el Apéndice F.



STATE OF CALIFORNIA
DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION
WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD
DECLARATION OF READINESS TO PROCEED

NOTICE: Any objection to the proceedings requested by a Declaration of Readiness to proceed shall be filed and served within ten (10) days after service of the Declaration.

Case No.

Applicant

First Name MI

Last Name

vs

Employer Information

Employer Name (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

Employer Street Address/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

City State Zip Code

Declarants: Please designate your role (Please Select Only One)

☐ Employee ☐ Applicant ☐ Defendant ☐ Lien Claimant

Declarant requests: (Please Select Only One)

☐ Mandatory Settlement Conference ☐ Status Conference ☐ Rating MSC* ☐ Priority Conference
☐ Lien Conference

At the present time the principal issues are: (Check all that apply)

☐ Compensation Rate ☐ Rehabilitation/SJDB ☐ Temporary Disability ☐ Self-Procured Medical Treatment
☐ Permanent Disability ☐ Future Medical Treatment ☐ AOE/COE ☐ Discovery
☐ Employment ☐ Other

Declarant relies on the report(s) of:

Doctors (s) date MM/DD/YYYY

*For a Rating MSC, all ratable medical reports, including treating physician, QME and AME reports, must be filed with this Declaration of Readiness, unless they have been previously filed. A Rating MSC will be set only where the issues are limited to permanent disability and the need for future medical treatment.

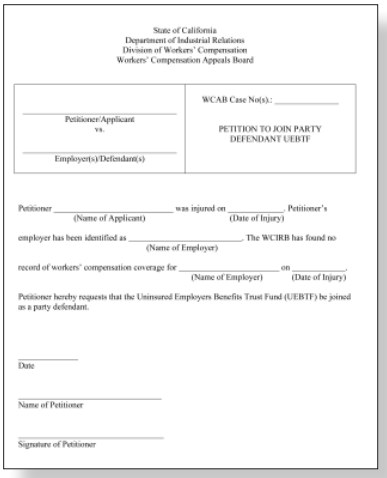
DWC-CA form 10250.1 Page 1 (Rev. 7/2010)

DWC-CA form 10250.1

Declaration of Readiness to Proceed

Solicite que se incluya al UEBTF en su caso

Llene y firme un formulario de ***Petición de Inclusión del UEBTF como Parte Demandada (Petition to Join Party Defendant UEBTF)*** a fin de solicitar que el UEBTF sea incluido en su caso. Usted puede fotocopiar y utilizar el formulario del Apéndice G. Escriba a máquina o en letra de imprenta legible.



State of California
Department of Industrial Relations
Division of Workers' Compensation
Workers' Compensation Appeals Board

Petitioner/Applicant
vs.
Employer(s)/Defendant(s)

WCAB Case No(s).:

PETITION TO JOIN PARTY
DEFENDANT UEBTF

Petitioner _____ (Name of Applicant) was injured on _____ (Date of Injury), Petitioner's employer has been identified as _____ (Name of Employer). The WCIRB has found no record of workers' compensation coverage for _____ (Name of Employer) on _____ (Date of Injury).

Petitioner hereby requests that the Uninsured Employers Benefits Trust Fund (UEBTF) be joined as a party defendant.

Date

Name of Petitioner

Signature of Petitioner

Petition to Join Party Defendant UEBTF

Reúna la documentación

Arme un paquete con la documentación original que figura a continuación y conserve estos documentos juntos. Haga fotocopias de todo para presentarlo ante la WCAB. Conserve el paquete original para sus registros.

- Notificación Especial de Demanda.
- Solicitud de Adjudicación de Reclamo.
- Declaración de Disposición para Proceder.
- Formulario de Reclamo de Compensación de Trabajadores (o una fotocopia).
- Respuesta de la WCIRB indicando que no se halló ninguna cobertura de seguro.
- Petición de Inclusión del UEBTF como Parte Demandada.

Haga la presentación ante la WCAB

Junto con el funcionario de Asistencia e Información, presente la copia de la documentación descrita arriba ante la Junta de Apelaciones de Compensación del Trabajador (WCAB).

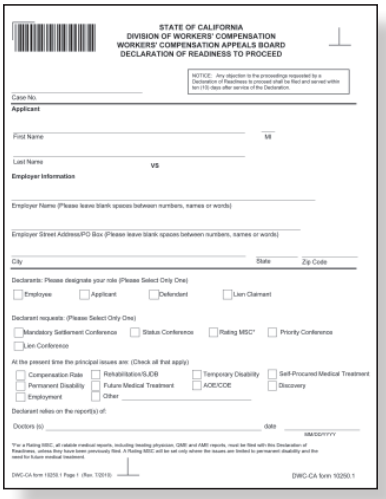
Participe en la audiencia

La WCAB concertará una audiencia ante un juez de compensación del trabajador y enviará una notificación a todas las partes indicando la fecha

de la misma. Para la audiencia, esté preparado para describir para quién estaba trabajando cuando sufrió la lesión laboral. Si su empleador va y participa de la audiencia, siga con el Paso 9. Si su empleador no participa en la audiencia, vea la Opción B.

OPCIÓN B: NOTIFICAR Y SOLICITAR UNA AUDIENCIA

Si usted no hizo la Opción A, o lo intentó pero su empleador no fue, usted debe "notificar la demanda" para establecer jurisdicción sobre su empleador. "Notificar una demanda" significa entregar los documentos para asegurarse de que su empleador esté debidamente informado acerca de su reclamo. Alguien distinto de usted debe entregar los documentos.


STATE OF CALIFORNIA
DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION
WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD
DECLARATION OF READINESS TO PROCEED

NOTICE: Any objection to the proceedings requested by a Declaration of Readiness to proceed shall be filed and served within ten (10) days after service of the Declaration.

Case No.
Applicant
First Name MI
Last Name
vs
Employer Information
Employer Name (Please leave blank spaces between numbers, names or words)
Employer Street Address/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)
City State Zip Code
Declarants: Please designate your role (Please Select Only One)
☐ Employee ☐ Applicant ☐ Defendant ☐ Lien Claimant
Declarant requests: (Please Select Only One)
☐ Mandatory Settlement Conference ☐ Status Conference ☐ Rating MSC* ☐ Priority Conference
☐ Lien Conference
At the present time the principal issues are: (Check all that apply)
☐ Compensation Rate ☐ Rehab/Ability to Work/SJDB ☐ Temporary Disability ☐ Self-Procured Medical Treatment
☐ Permanent Disability ☐ Future Medical Treatment ☐ AOE/COE ☐ Discovery
☐ Employment ☐ Other
Declarant relies on the report(s) of:
Doctors (s) date MM/DD/YYYY
*For a Rating MSC, all citable medical reports, including treating physician, QME and AME reports, must be filed with this Declaration of Readiness, unless they have been previously filed. A Rating MSC will be set only when the issues are limited to permanent disability and the need for future medical treatment.
DWC-CA form 10250.1 (Rev. 10/01)
DWC-CA form 10250.1

Declaration of Readiness to Proceed

Decida a quién debe notificar

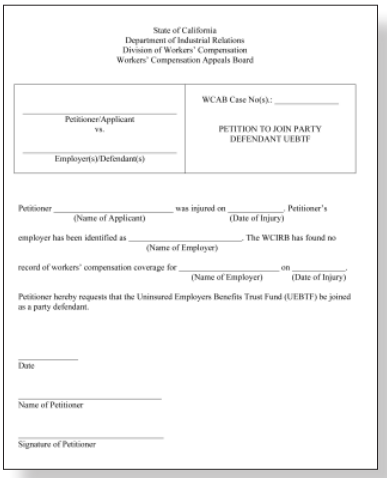
Si su empleador es una persona física que es el único dueño de la empresa, ésta es la persona a la que se le debe entregar la documentación. Si su empleador es algún otro tipo de empresa, en el Apéndice C encontrará información acerca que a quién notificar en nombre de la empresa.

Ubique a la persona a la que debe notificar

Utilice los recursos del Paso 3 para averiguar el lugar de trabajo de la persona a notificar o el lugar donde la persona recibe su correspondencia. Si su empleador es una persona física, también puede averiguar el domicilio de su casa. Si usted no puede reunir ninguno de estos datos, puede solicitarle ayuda al funcionario de Asistencia e Información para que solicite la información a la oficina OD Legal. Vea las instrucciones del cuadro de la página 9.

Prepare la documentación para una audiencia

Llene y firme un formulario de ***Declaración de Disposición para Proceder (Declaration of Readiness to Proceed)*** para solicitar una audiencia ante un juez de compensación del trabajador. Esto lo puede hacer con el funcionario de Asistencia e Información. Este formulario está en el Apéndice F.


State of California
Department of Industrial Relations
Division of Workers' Compensation
Workers' Compensation Appeals Board

Petitioner/Applicant
vs.
Employer(s)/Defendant(s)

WCAB Case No(s): _____

PETITION TO JOIN PARTY DEFENDANT UEBTF

Petitioner _____ (Name of Applicant) was injured on _____ (Date of Injury). Petitioner's employer has been identified as _____ (Name of Employer). The WCIRB has found no record of workers' compensation coverage for _____ (Name of Employer) on _____ (Date of Injury).

Petitioner hereby requests that the Uninsured Employers Benefits Trust Fund (UEBTF) be joined as a party defendant.

Date

Name of Petitioner

Signature of Petitioner

Petition to Join Party Defendant UEBTF

Solicite que se incluya al UEBTF en su caso

Llene y firme un formulario de ***Petición de Inclusión del UEBTF como Parte Demandada (Petition to Join Party Defendant UEBTF)*** a fin de solicitar que el UEBTF sea incluido en su caso. Usted puede fotocopiar y utilizar el formulario del Apéndice G. Escriba a máquina o en letra de imprenta legible.

Reúna la documentación

Arme un paquete con la documentación original que figura a continuación, y conserve estos documentos juntos. Haga tres fotocopias de todo: una para su empleador, una para la oficina OD Legal y una para presentar en la WCAB. Conserve el paquete original para sus registros.

- Notificación Especial de Demanda.
- Solicitud de Adjudicación de Reclamo.
- Declaración de Disposición para Proceder.
- Formulario de Reclamo de Compensación de Trabajadores (o una fotocopia).
- Respuesta de la WCIRB indicando que no se halló ninguna cobertura de seguro.
- Petición de Inclusión del UEBTF como Parte Demandada.

Consiga un funcionario notificador

Usted debe hallar a alguien, distinto de usted, para que entregue una copia del paquete a la persona que debe ser notificada. Lo mejor es recurrir a un sheriff o jefe de policía o contratar a un notificador profesional. Para averiguar acerca de un sheriff o jefe de policía, puede buscar en las páginas del Gobierno del Condado de su directorio telefónico. Para encontrar un notificador profesional, busque en las Páginas Amarillas de su directorio telefónico. Seguramente deba pagarle algún honorario al sheriff, jefe de policía o notificador profesional. Conserve el recibo de pago para luego poder solicitarle su reembolso a su empleador o al fondo UEBTF. El oficial notificador entregará el paquete mediante alguno de los siguientes métodos:

- Notificación personal, que significa entregando los documentos directamente a la persona a ser notificada.
- Notificación sustitutiva, que significa entregando el paquete a una persona diferente y enviando por correo una copia del paquete a la persona a ser notificada.

Proporcione instrucciones al notificador

El notificador le entregará formularios en los que se requerirá los nombres y los domicilios de la(s) persona(s) a notificar y otras instrucciones. Proporcione la cantidad de copias de los documentos que le requiera el notificador. También entréguele al notificador un formulario de ***Constancia de Entrega de la Notificación Especial de Demanda (Proof of Service of Special Notice of Lawsuit)*** para completar y devolverle a usted luego de entregar el paquete. La constancia de notificación demuestra que el notificador hizo entrega de la ***Notificación Especial de Demanda***. Usted puede fotocopiar y utilizar el formulario del Apéndice G. El notificador debe escribir a máquina o en letra de imprenta legible y debe detallar en el formulario todos los documentos que contenía el paquete.

PROOF OF SERVICE – SPECIAL NOTICE OF LAWSUIT

1) I served the (check all that apply):
a. [ ] Special Notice of Lawsuit [ ] Application for Adjudication of Claim [ ] Claim Form
[ ] Order Joining Party Defendant [ ] Medical Records [ ] Other (specify):
b. on defendant (name):

c. Person served: [ ] Party in 1(b) [ ] Other (specify name and relationship to defendant):

d. Address where the party was served:
e. by delivery [ ] at home [ ] at business [ ] other (specify):
(a) date:
(b) time:
(c) address:
f. by mailing
(1) date:
(2) place:

2) Manner of service (check proper box)
a. [ ] Personal service. By personally delivering copies (CCP 415.10)
b. [ ] **Substituted service on corporation, unincorporated association (including partnership), or public** entity. By leaving, during usual office hours, copies in the office of the person served with the person who apparently was in charge and thereafter mailing (by first-class mail, postage prepaid) copies to the person served at the place where the copies were left. [CCP 415.20(a)]
c. [ ] Substituted service on natural person, minor, conservatee, or candidate. By leaving copies at the dwelling house, usual place of abode, or usual place of business of the person served in the presence of a competent member of the household or a person apparently in charge of the office or place of business, at least 18 years of age, who was informed on the general nature of the papers, and thereafter mailing on (date)_____ from (city)_____ or [ ] declaration of mailing attached (by first-class mail, postage prepaid) copies to the person served at the place where the copies were left. [CCP 415.20(b)] ***(Attach separate declaration or affidavit stating acts relied on to establish reasonable diligence in first attempting personal service.)***
d. [ ] **Mail and acknowledgment service.** By mailing (by first class mail or airmail, postage prepaid) copies to the person served, together with two copies of the form of notice and acknowledgment and a return envelope, postage prepaid, addressed to the sender. (CCP 415.30) ***(Attach completed acknowledgment of receipt.)***
e. [ ] **Certified or registered mail service.** By mailing to an address outside California (by first-class mail, postage prepaid, requiring a return receipt) copies to the person served. (CCP 415.40) ***(Attach signed return receipt or other evidence of actual delivery to the person served.)***
f. [ ] ***Other*** *(specify code section):*
g. [ ] Additional page describing service is attached.
3) The "Notice to the Person Served" (on the Notice) was completed as follows (CCP 412.30, 415.0 and 474):
a. [ ] on an individual defendant.
b. [ ] as the person sued under the fictitious name of *(specify):*
c. [ ] on behalf of (specify):
under: [ ] CCP 416.10 (corporation [ ] CCP 416.60 (minor)
[ ] CCP 416.20 (defunct corporation) [ ] CCP 416.70 (conservatee)
[ ] CCP 416.40 (association or partnership) [ ] CCP 416.90 (authorized person)
[ ] other (specify):
4) At the time of service I was at least 18 years of age and not a party to this action.
5) Fee for service: $
6) Person serving: Name:
Address:
Telephone no.:
a. [ ] Not a registered California process server.
b. [ ] Exempt from registration under Bus. & Prof. Code 22350(b).
c. [ ] Registered California process server:
(i) [ ] Owner [ ] Employee [ ] Independent contractor
(ii) Registration no.:
(iii) County:
d. [ ] California sheriff, marshal or constable.

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the foregoing is true and correct.

(For California sheriff, marshal or constable use only)
I certify that the foregoing is true and correct.

(Signature) (Date) Signature) (Date)

Proof of Service of Special Notice of Lawsuit

Si no es posible notificar en persona a un individuo que es el único dueño de la empresa y la entrega se realiza mediante notificación sustitutiva, el notificador también deberá preparar una ***Declaración de Diligencia Debida (Declaration of Due Diligence)***, que consiste en una declaración en la que se describe cómo el notificador intentó hacer la entrega mediante notificación personal. Haga dos fotocopias de la constancia de entrega: una para la oficina OD Legal y otra para presentar ante la WCAB. Haga lo mismo con la declaración (si ha preparado una). Conserve los originales para sus registros.

(También puede pedirle a un amigo o a un familiar que entregue el paquete, pero esto no es recomendable a menos que usted sepa que la entrega será fácil y directa. La persona que entrega el paquete debe tener como mínimo 18 años de edad y no figurar en su reclamo. Para obtener instrucciones de cómo entregar el paquete mediante notificación personal o notificación sustitutiva, vea el apéndice D).

En caso de no poder entregar el paquete, solicite ayuda

Si no resulta posible realizar una notificación personal o una notificación sustitutiva, usted puede recurrir al funcionario de Asistencia e Información para que lleve a cabo una notificación por correo con acuse de recibo, mediante la publicación en un periódico o a través de la Secretaría de Estado (si su empleador es una corporación).

Notifique a la OD Legal

Solicítele al funcionario de Asistencia e Información la dirección de la oficina OD Legal correspondiente, que representa al UEBTF. Envíe una copia del paquete a esa oficina. Use correo de primera clase o certificado, con acuse de recibo.

Presente los papeles ante la WCAB

Con la ayuda del funcionario de Asistencia e Información, presente una copia del paquete mencionado ante la WCAB, junto con una copia de la ***Constancia de Entrega de la Notificación Especial de Demanda*** y una copia de la ***Declaración de Diligencia Debida*** (si es que se preparó una).

Participe en la audiencia programada por la WCAB

Preséntese en la audiencia y esté preparado para describir para quién trabajaba usted al momento de sufrir la lesión laboral.

PASO 9.

Obtener una Orden de Inclusión del UEBTF

Si no ha habido problemas con los pasos seguidos para nombrar, notificar y establecer jurisdicción personal sobre su empleador, usted recibirá una orden de la WCAB incluyendo al Fondo Fiduciario de Beneficios para Empleadores sin Seguro (UEBTF) como parte demandada en su reclamo. Una vez recibida esta orden, entregue copias de los documentos importantes de su reclamo al UEBTF si la WCAB así se lo solicita.

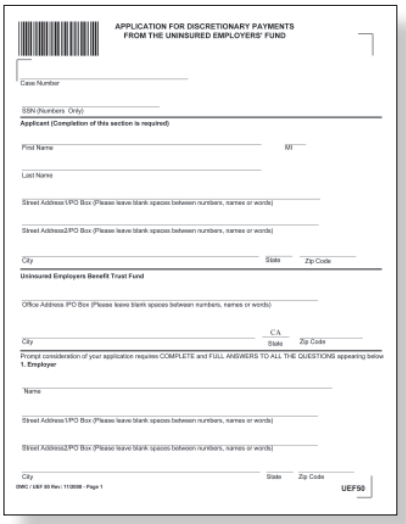
PASO 10.

Solicitar los Beneficios

Preséntese y participe de todos los exámenes médicos, reuniones y audiencias que requiera el juez de compensación del trabajador. El juez revisará los informes médicos y otra información correspondiente a su caso para decidir si usted tiene derecho a recibir los beneficios de compensación del trabajador. El proceso podría demorar algún tiempo, dependiendo de la complejidad de su caso.

Mientras tanto, llene y firme una ***Solicitud de Pagos Discrecionales del Fondo para Empleadores sin Seguro (Application for Discretionary Payments from the Uninsured Employers Fund)***. Usted puede hacer esto con la ayuda del funcionario de Asistencia e Información. Encontrará el formulario en el Apéndice F. Con el funcionario de Asistencia e Información, presente la solicitud ante el UEBTF. El UEBTF podría darle los beneficios antes de que el juez de compensación del trabajador tome una decisión, aunque no tiene la obligación de hacerlo.

Si el juez decide que usted debería recibir beneficios de compensación del trabajador, el juez emitirá un fallo requiriéndole a su empleador el pago de los beneficios. Si usted no comienza a recibir los beneficios por parte de su empleador en el término de 10 días desde que le informaron acerca de su adjudicación, usted puede solicitarle al funcionario de Asistencia e Información que lo asista para obtener los beneficios del UEBTF.



APPLICATION FOR DISCRETIONARY PAYMENTS FROM THE UNINSURED EMPLOYERS' FUND

Case Number

SSN (Numbers Only)

Applicant (Completion of this section is required)

First Name MI

Last Name

Street Address1/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

Street Address2/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

City State Zip Code

Uninsured Employers Benefit Trust Fund

Office Address /PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

City CA State Zip Code

Prompt consideration of your application requires COMPLETE and FULL ANSWERS TO ALL THE QUESTIONS appearing below

1. Employer

Name

Street Address1/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

Street Address2/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

City State Zip Code

DWC / UEF 80 Rev: 11/2008 - Page 1

UEF50

Application for Discretionary Payments from the Uninsured Employers Fund

APÉNDICE A

Servicios de Asistencia e Información Estatal o I&A (Information & Assistance)

Los funcionarios de Asistencia e Información tienen la función de asistir a los trabajadores lesionados y responder sus preguntas. También pueden proporcionar información y formularios para ayudar a resolver los problemas. Sus servicios son gratuitos. Estos funcionarios no pueden ocuparse de su caso de manera activa, argumentar en su nombre ni hablar como su representante (a diferencia de un abogado).

Los números de las oficinas de Asistencia e Información que se incluyen a continuación están actualizados a octubre de 2010.

Línea Gratuita: 1-800-736-7401
En este número escuchará mensajes grabados.

Oficinas de Distrito: Para obtener las direcciones, consulte las Páginas del Gobierno en la primera parte de las páginas blancas de su directorio telefónico. Busque bajo: State Government Offices/ Industrial Relations/ Workers' Compensation (Oficinas de Gobierno Estatal/ Relaciones Industriales/ Compensación del Trabajador). También visite el sitio web de la División de la Compensación del Trabajador (DWC): **www.dir.ca.gov/dwc**.

Anaheim 1-714-414-1801	Los Ángeles 1-213-576-7389	Riverside 1-951-782-4347	San José 1-408-277-1292
Bakersfield 1-661-395-2514	Marina del Rey 1-310-482-3820	Sacramento 1-916-928-3158	San Luis Obispo 1-805-596-4159
Eureka 1-707-441-5723	Oakland 1-510-622-2861	Salinas 1-831-443-3058	Santa Ana 1-714-558-4597
Fresno 1-559-445-5355	Oxnard 1-805-485-3528	San Bernardino 1-909-383-4522	Santa Rosa 1-707-576-2452
Goleta 1-805-968-4158	Pomona 1-909-623-8568	San Diego 1-619-767-2082	Stockton 1-209-948-7980
Long Beach 1-562-590-5240	Redding 1-530-225-2047	San Francisco 1-415-703-5020	Van Nuys 1-818-901-5367

APÉNDICE B

Abogados de Solicitantes de Compensación del Trabajador

Los abogados que representan a los trabajadores lesionados en sus casos de compensación del trabajador se conocen como abogados de solicitantes. Su trabajo es proteger sus derechos, planificar una estrategia para su caso, defenderlo, reunir la información necesaria para avalar su reclamo, hacer un seguimiento de los plazos, representarlo en las audiencias ante el juez de compensación del trabajador e informarle acerca de los reclamos y beneficios adicionales que pudiera haber disponibles.

La mayoría de los abogados de solicitantes ofrecen una consulta gratuita. Si usted contrata a un abogado, no es necesario que le pague de inmediato. Por el contrario, el honorario del abogado se toma posteriormente de alguno de sus beneficios. Por lo general, el honorario varía entre el 9% y el 15% de la adjudicación final o del acuerdo por su incapacidad permanente. Un juez de compensación del trabajador debe aprobar el honorario. Nota: Con frecuencia, los abogados de solicitantes no toman casos en los que el trabajador no haya sufrido una incapacidad permanente o en los que el empleador se encuentre ilegalmente sin seguro.

Usted puede obtener nombres de distintos abogados de solicitantes a través de un funcionario de Asistencia e Información, en el Colegio de Abogados de California (sitio web: **www.calbar.ca.gov**), mediante un servicio de referencia de abogados con certificación, una asociación de abogados local, la Asociación de Abogados de Solicitantes de California (línea gratuita dentro de California: 1-800-648-3132; sitio web: **www.caaa.org**), una sociedad de ayuda legal del condado, su sindicato (si tiene uno) o a través de otros trabajadores lesionados.

APÉNDICE C

Personas que Pueden Ser Notificadas acerca de un Reclamo en Nombre de una Empresa

SI LA EMPRESA ES:	LA PERSONA A NOTIFICAR ES:
Una empresa individual (un sólo dueño)	El dueño
Una sociedad	Uno de los socios
Una corporación o asociación	Agente para notificación inscripto en la Secretaría del Estado de California: **www.sos.ca.gov** (enlace a "Business Entities" [Entidades Comerciales] y luego enlace a "Business Search" [Búsqueda de Empresa]) – o – Cualquier funcionario de la corporación (presidente, vicepresidente, secretario, tesorero), director ejecutivo (CEO), director administrativo, director financiero o gerente general.
Una compañía de responsabilidad limitada (LLC), sociedad de responsabilidad limitada (LLP), o sociedad comanditaria (LP)	Agente para notificación inscripto en la Secretaría del Estado de California: **www.sos.ca.gov** (enlace a "Business Entities" [Entidades Comerciales] y luego enlace a "Business Search" [Búsqueda de Empresa]) – o – El socio comanditado si la empresa es una sociedad comanditaria.
Un tipo de empresa desconocido	La persona que parezca estar a cargo de la empresa durante el horario de operación habitual.

Fuente: Consejo Judicial de California, **www.courtinfo.ca.gov**, "How to Serve a Business or Public Entity" ("Cómo Notificar a una Empresa o Entidad Pública") (Reclamos Menores), Formulario SC-104C, 1º de julio de 2007.

APÉNDICE D

Cómo Hacer una Entrega Mediante Notificación Personal o Notificación Sustitutiva

Lo mejor es recurrir al sheriff o al jefe de policía o contratar a un notificador profesional para que haga la entrega mediante notificación personal o sustitutiva, a menos que usted sepa que la entrega será fácil y directa. La persona que entrega el paquete debe tener como mínimo 18 años de edad y no figurar en su reclamo. Si usted le pide a un amigo o a un familiar que entregue el paquete, muéstrele a esta persona las siguientes instrucciones:

Notificación "personal", si es posible localizar a la persona a notificar:

- Acérquese a la persona.
- Diga: "Traigo documentación legal".
- Entréguele el paquete a la persona. Si la persona se niega a aceptar el paquete, simplemente déjelo cerca de la persona. No importa si la persona lo rompe o lo arroja lejos.
- Llene y firme el formulario de ***Constancia de Entrega de Notificación Especial de Demanda***.

Notificación "sustitutiva", si no se puede hallar a la persona a quien se debe notificar:

Si su empleador es una persona física que es el único dueño de la empresa, el notificador debe realizar un esfuerzo razonable y genuino por entregarle el paquete a esa persona. Comúnmente esto significa intentar entregar el paquete en dos o tres oportunidades diferentes en un lugar donde es posible encontrar a la persona. Si no se puede localizar a la persona luego de los intentos razonables, el notificador puede recurrir a una notificación sustitutiva, de la siguiente manera:

Entregando el paquete mediante alguno de los siguientes métodos:

- En la casa de la persona a notificar, entregándole el paquete a un miembro de la familia competente, que tenga al menos 18 años de edad.
- En el lugar habitual de operación de la persona a ser notificada, entregándole el paquete a una persona que parezca estar a cargo del lugar de trabajo, que tenga al menos 18 años de edad.
- En la dirección postal habitual de la persona a ser notificada (puede ser una dirección de correo privada, pero no una casilla de correo), entregándole el paquete a una persona que parezca estar a cargo en la dirección postal, que tenga al menos 18 años de edad.

Infórmele a la persona que reciba el paquete que el mismo contiene documentación legal y solicítele que se lo entregue a la persona que se debe notificar. Si la persona se niega a tomar el paquete, simplemente déjelo cerca de ella.

Escriba el nombre de la persona a la que le entrega el paquete. Si la persona no le quiere brindar su nombre, escriba una descripción física de la persona.

Luego de entregar el paquete, envíele una copia del paquete por correo de primera clase con franqueo pagado, a la persona que debe ser notificada al lugar donde dejó el paquete.

Llene y firme el formulario ***Constancia de Entrega de la Notificación Especial de Demanda***. También prepare y firme una ***Declaración de Diligencia Debida*** especificando las acciones tomadas en su intento por realizar la entrega mediante notificación personal.

Si su empleador es otro tipo de empresa, el notificador puede hacer una notificación sustitutiva de la siguiente manera:

Entregando el paquete mediante alguno de los siguientes métodos:

- En la oficina de la persona a ser notificada durante el horario de operación habitual, entregándole el paquete a una persona que parezca estar a cargo de la oficina.
- En la dirección postal habitual de la persona a ser notificada (puede ser una dirección de correo privada pero no una casilla de correo), entregándole el paquete a una persona que parezca estar a cargo en la dirección postal, que tenga al menos 18 años de edad.

Infórmele a la persona que reciba el paquete que el mismo contiene documentación legal y solicítele que se lo entregue a la persona a la cual se debe notificar. Si la persona se niega a tomar el paquete, simplemente déjelo cerca de ella.

Escriba el nombre de la persona a la que le entrega el paquete. Si la persona no le quiere brindar su nombre, escriba una descripción física de la persona.

Luego de entregar el paquete, envíele una copia del paquete por correo de primera clase con franqueo pagado, a la persona que debe ser notificada al lugar donde dejó el paquete.

Llene y firme el formulario ***Constancia de Entrega de la Notificación Especial de Demanda***.

APÉNDICE E

Leyes, Reglamentos y Casos Importantes

A continuación, se incluyen las leyes, los reglamentos y los casos que rigen los derechos y las obligaciones tratadas en esta guía. Las leyes y los reglamentos figuran ordenados por número de sección.

Cómo Utilizar esta Guía

Derecho del trabajador lesionado a demandar a un empleador ilegalmente sin seguro en un tribunal civil por una lesión personal: Código Laboral, desde la sección 3706 hasta la 3709.5.

Autoridad del Departamento de Relaciones Industriales de California sobre empleadores ilegalmente sin seguro: Código Laboral, desde la sección 3710 hasta la 3732.

La notificación que se hace a un empleador que se encuentra ilegalmente sin seguro acerca del reclamo de un trabajador lesionado debe realizarse de la misma manera en que se escribe y libra una citación en una acción en tribunal civil, como lo rige el Código de Procedimiento Civil: Código Laboral, sección 3716(d).

Citaciones en casos de tribunal civil: Código de Procedimiento Civil, desde la sección 412.20 hasta la 412.30.

La parte que entrega una citación debe tener al menos 18 años de edad y no debe ser parte en la acción judicial: Código de Procedimiento Civil, sección 414.10.

Personas sobre las cuales se pueden librar citaciones: Código de Procedimiento Civil, desde la sección 416.10 hasta la 416.90.

Manera en la que se pueden entregar citaciones: Código de Procedimiento Civil, desde la sección 415.10 hasta la 415.95.

Se permite la utilización de nombre ficticio si el querellante no conoce el nombre del demandado: Código de Procedimiento Civil, sección 474; Rea versus WCAB (2005) 127 Cal. App. 4th 625.

Paso 1. Informar acerca de su Lesión

Notificación de la lesión dentro de los 30 días de producida; fecha de la lesión: Código Laboral, secciones 5400, 5411, 5412.

Conocimiento del empleador equivalente a notificación: Código Laboral, sección 5402.

El hecho de no dar la debida notificación no representa impedimento para la recuperación, siempre y cuando el empleador no haya sido engañado o perjudicado por dicho incumplimiento: Código Laboral, sección 5403.

Paso 2. Presentar un Formulario de Reclamo

El empleador debe proporcionar el formulario de reclamo: Código Laboral, sección 5401(a).

El formulario de reclamo queda registrado cuando es entregado en persona o enviado por correo de primera clase o certificado: Código Laboral, sección 5401(d).

Paso 3. Identificar y Nombrar Correctamente al Empleador

El trabajador lesionado debe identificar a una persona o entidad legal como su empleador: Código Laboral, sección 3716(d).

Una corporación, compañía de responsabilidad limitada o sociedad comanditaria debe presentar documentación en la Secretaría de Estado de California en la que se indica su verdadera razón social: Código de Corporaciones, desde la sección 200 hasta la sección 213, desde la sección 15621 hasta la 15628 y desde la 17050 hasta la 17062.

Cualquier empresa con fines de lucro que opere en el estado de California bajo un "nombre comercial ficticio" debe presentar una declaración en el condado donde se encuentre ubicada indicando tanto su nombre comercial ficticio como su verdadero nombre legal: Código Comercial y Profesional, desde la sección 17900 hasta la 17930.

El director de Relaciones Industriales debe proporcionar información acerca de las identidades, facultades legales y direcciones de empleadores sin seguro de los que tenga conocimiento, demostrando causa justificada: Código Laboral, sección 3716(d)(4).

Paso 4. Solicitar Información acerca de la Cobertura

La Oficina de Clasificación de Seguros de Compensación del Trabajador, que es una asociación de todas las compañías que tienen licencia para prestar seguros en el sistema de compensación del trabajador de California, recopila estadísticas y otra información que obtiene de sus miembros y desarrolla tarifas consultivas de primas puras: Código de Seguros, desde la sección 11750 hasta la 11759.2.

Paso 5. Presentar una Solicitud de Adjudicación de Reclamo

El hecho de presentar una solicitud establece competencia en razón de la materia de la WCAB para lesiones ocurridas con posterioridad al año 1993: Código Laboral, sección 5500.

En un caso de tribunal civil, se deben incluir los nombres de las partes en la citación: Código de Procedimiento Civil, sección 412.20.

El trabajador lesionado, el empleador, la compañía de seguro y los abogados de un caso deben firmar una Declaración de Conformidad con el Código Laboral, Sección 4906(g), en la que se declara que no tienen conflicto de interés financiero que involucre pruebas y exámenes médicos: Código Laboral, sección 4906(g).

Paso 6. Hacer la Presentación ante un Tribunal de Quiebras, si Corresponde

A fin de preservar el derecho a reclamar beneficios al fondo UEBTF, el trabajador lesionado debe presentar una constancia de reclamo en el procedimiento de quiebra del empleador y

solicitar exención en la suspensión del tribunal de los procedimientos de compensación del trabajador: Ortiz versus WCAB y UEF (1992) 4 Cal. App. 4th 392.

Paso 7. Llenar un Formulario de Notificación Especial de Demanda

La Notificación Especial de Demanda debe identificar a la persona(s) y/ o entidad que está siendo notificada y la fecha de la notificación: Código Laboral, sección 3716(d); Código de Procedimiento Civil, secciones 412.20 y 412.30.

Paso 8. Establecer Jurisdicción Personal

Si el empleador hace una comparecencia general ante la WCAB participando en un caso de alguna manera que reconoce la autoridad de la WCAB para proceder, se establecerá jurisdicción personal sobre el empleador y el empleado no tendrá que efectuar notificación de la demanda al empleador: Código de Procedimiento Civil, secciones 410.50 y 1014; Dial 800 versus Fesbinder (2004) 118 Cal. App. 4th 32.

El Director de Relaciones Industriales debe brindar información acerca de las identidades, las facultades legales y las direcciones de los empleadores sin seguro de los que tenga conocimiento, cuando se demuestre justa causa: Código Laboral, sección 3716(d)(4).

Cualquier parte que presente documentación ante la WCAB debe entregar copias de los documentos a todas las partes y presentar constancia de entrega: Código de Reglamentos de California, título 8, sección 10324.

La WCAB debe notificar a todas las partes y a sus abogados cuándo y dónde tendrá lugar una audiencia: Código de Reglamentos de California, título 8, sección 10544.

Si se trata de un empleador ilegalmente sin seguro, el trabajador lesionado debe entregarle al empleador la Solicitud de Adjudicación de Reclamo y la Notificación Especial de Demanda de la manera indicada para entrega de citaciones en el Código de Procedimiento Civil: Código Laboral, sección 3716(d); Rea versus WCAB (2005) 127 Cal. App. 4th 625 [citando Yant versus Snyder & Dickenson, 47 Cal. Comp. Cases 254 (1982)].

Personas a las que se les puede entregar citaciones: Código de Procedimiento Civil, desde la sección 416.10 hasta la 416.90.

Manera en que se deben entregar las citaciones: Código de Procedimiento Civil desde la sección 415.10 hasta la 415.95.

Servicio de la Secretaría de Estado cuando el empleador es una corporación: Código de Procedimiento Civil, sección 416.10(d) (citando Código de Corporaciones, sección 1702).

La Constancia de Entrega debe ser proporcionada al Director de Relaciones Industriales: Código Laboral, sección 5502(f).

Paso 9. Obtener una Orden de Inclusión del UEBTF

La WCAB puede designar al trabajador lesionado para que notifique al UEBTF y envíe copias de todos los documentos pertinentes: Código de Reglamentos de California, título 8, sección 10380.

Paso 10. Solicitar los Beneficios

El trabajador lesionado puede solicitar beneficios discrecionales al fondo UEBTF: Código Laboral, sección 4903.3.

El juez de compensación del trabajador puede emitir un fallo en contra del empleador: Código Laboral, sección 3715.

Si el empleador no inicia los pagos o emite un bono dentro de los 10 días de recibir la notificación de adjudicación, el trabajador lesionado puede presentar una solicitud al fondo UEBTF y el UEBTF deberá hacerse cargo de los beneficios: Código Laboral , secciones 3716(a), 3716.2.

El UEBTF puede entablar una acción judicial en un tribunal civil para cobrar el fallo emitido contra el empleador: Código Laboral, sección 3717.

Apéndice D. Cómo Hacer una Entrega Mediante Notificación Personal o Notificación Sustitutiva

Personas a las que se les puede enviar una citación: Código de Procedimiento Civil, desde la sección 416.10 hasta la 416.90.

Manera en la que se puede notificar la citación: Código de Procedimiento Civil, desde la sección 415.10 hasta la 415.95.

Diligencia razonable en el intento de realizar una notificación personal a un individuo que es el único dueño: Hearn versus Howard (2009) 177 Cal. App. 4th 1193 (citando Espindola v. Nunez (1988) 199 Cal. App. 3d 1389); Ellard versus Conway (2001) 94 Cal. App. 4th 540.

Declaración de Diligencia Debida requerida por la Constancia de Entrega de Citación, Formulario POS-010, 1º de enero de 2007, adoptado por el Consejo Judicial de California, **www.courtinfo.ca.gov**

APÉNDICE F

Formularios para Llenar con un Funcionario de Asistencia e Información o con un Abogado

Usted puede completar los formularios de este apéndice con la ayuda de un funcionario de Asistencia e Información o con un abogado, como se explicó en esta guía. Estos formularios deben presentarse ante la WCAB.

Solicitud de Adjudicación del Reclamo (Application for Adjudication of Claim) 33
La última versión de este formulario se encuentra disponible en Internet, bajo "EAMS OCR forms" (formularios OCR de EAMS), "Workers' Compensation Appeals Board forms" (formularios de la Junta de Apelaciones de Compensación del Trabajador): **www.dir.ca.gov/dwc/forms.html**

Declaración de Conformidad con el Código Laboral, Sección 4906(g) (Declaration Pursuant to Labor Code Section 4906(g)).....39
Este formulario de muestra se encuentra disponible en Internet en: **www.dir.ca.gov/dwc/Iwguides/4906.pdf**

Declaración de Disposición para Proseguir (Declaration of Readiness to Proceed).....41
La última versión de este formulario se encuentra disponible en Internet, bajo "EAMS OCR forms" (formularios OCR de EAMS), "Court administrator forms" (formularios del administrador del Tribunal): **www.dir.ca.gov/dwc/forms.html**

Solicitud de Pagos Discrecionales del Fondo para Empleadores sin Seguro (Application for Discretionary Payments from the Uninsured Employers Fund) 45
La última versión de este formulario se encuentra disponible en Internet, bajo "EAMS OCR forms" (formularios OCR de EAMS), "Uninsured Employers Benefits Trust Fund/Subsequent Injuries Benefits Trust Fund forms" (formularios del Fondo Fiduciario de Beneficios para Empleadores sin Seguro/Fondo Fiduciario de Beneficios por Lesiones Subsiguientes): **www.dir.ca.gov/dwc/forms.html**

STATE OF CALIFORNIA
DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION
WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD
APPLICATION FOR ADJUDICATION OF CLAIM

☐ Amended Application

Case No.

SSN (Numbers Only)

Venue choice is based upon (Completion of this section is required)

☐ County of residence of employee (Labor Code section 5501.5(a)(1) or (d).)

☐ County where injury occurred (Labor Code section 5501.5(a)(2) or (d).)

☐ County of principal place of business of employee's attorney (Labor Code section 5501.5(a)(3) or (d).)

Select 3 - Letter Office Code For Place/Venue of Hearing (From the Document Cover Sheet)

Injured Worker (Completion of this section is required)

First Name MI

Last Name

Street Address/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

Street Address2/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

International Address (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

City State Zip Code

Applicant (If other than Injured Worker)

☐ Insurance Carrier ☐ Employer ☐ Lien Claimant

Name (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

Street Address/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

Street Address2/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

City State Zip Code

Employer Information (Completion of this section is required)

☐ Insured ☐ Self-Insured ☐ Legally Uninsured ☐ Uninsured

Employer Name (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

Employer Street Address/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

City State Zip Code

Insurance Carrier Information (If known and if applicable - include even if carrier is adjusted by claims administrator)

Insurance Carrier Name (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

Insurance Carrier Street Address/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

City State Zip Code

Claims Administrator Information (If known and if applicable)

Name (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

Street Address/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

City State Zip Code

IT IS CLAIMED THAT (Complete all relevant information):

1. The injured worker, born _____ (DATE OF BIRTH: MM/DD/YYYY), while employed as a(n) _____ (OCCUPATION AT THE TIME OF INJURY)

(Choose only one)

suffered a :

☐ specific injury _____ (Date of injury: MM/DD/YYYY)

☐ cumulative injury which began on _____ (Start Date: MM/DD/YYYY) and ended on _____ (End Date: MM/DD/YYYY)

The injury occurred at _____
Street Address/PO Box - Please leave blank spaces between numbers, names or words

City , State Zip Code .

(State which parts of the body were injured)

Body Part 1: _____

Body Part 2: _____

Body Part 3: _____

Body Part 4: _____

Other Body Parts: _____

2. The injury occurred as follows:

(EXPLAIN WHAT THE WORKER WAS DOING AT THE TIME OF INJURY AND HOW THE INJURY OCCURED)

3. Actual earnings at the time of injury:

Rate of Pay $ _____ ☐ Monthly ☐ Weekly ☐ Hourly

State value of tips, meals, lodging, or other advantages, regularly received $ _____ ☐ Monthly ☐ Weekly ☐ Hourly

Number of hours worked per week _____

4. The injury caused disability as follows:

Last day off work due to injury: _____ MM/DD/YYYY

First Period of Disability: Start Date _____ MM/DD/YYYY End Date _____ MM/DD/YYYY

Second Period of Disability: Start Date _____ MM/DD/YYYY End Date _____ MM/DD/YYYY

5. Compensation:

Compensation was paid: ☐ Yes ☐ No

Total paid: _____

Weekly rate(s): _____

Date of last payment: _____ MM/DD/YYYY

6. Has the worker received any unemployment insurance benefits and/or any unemployment compensation disability benefits (state disability) since the date of injury? ☐ Yes ☐ No

7. Medical treatment:

Medical treatment was received: ☐ Yes ☐ No

All treatment was furnished by the Employer or Insurance Carrier: ☐ Yes ☐ No

Date of last treatment: _____
MM/DD/YYYY

Other treatment was provided/paid by: _____
(NAME OF PERSON OR AGENCY PROVIDING OR PAYING FOR MEDICAL CARE)

Did Medi-Cal pay for any health care related to this claim? ☐ Yes ☐ No

Names and addresses of doctor(s)/hospital(s)/clinic(s) that treated or examined for this injury, but that were not provided or paid for by the employer or insurance carrier:

_____
Name of Doctor/Hospital/Clinic 1 (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

_____
Name of Doctor/Hospital/Clinic 2 (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

8. Other cases have been filed for industrial injuries by this worker as follows:

_____
Case Number 1

_____
Case Number 3

_____
Case Number 2

_____
Case Number 4

9. This application is filed because of a disagreement regarding liability for:

☐ Temporary disability indemnity

☐ Reimbursement for medical expense

☐ Medical treatment

☐ Compensation at proper rate

☐ Permanent disability indemnity

☐ Rehabilitation

☐ Supplemental Job Displacement/Return to Work

☐ Other (Specify) _____

Is the Applicant Represented? ☐ Yes ☐ No **If "No", applicant is to sign and date below.**

If "Yes", applicant's representative is to complete the following and is to sign and date below.

☐ Law Firm/Attorney ☐ Non-Attorney Representative

Law Firm or Company Name (If Applicable)

Law Firm Number (If Applicable)

Attorney/Representative First Name MI

Attorney/Representative Last Name

Street Address/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

City State Zip Code

Applicant Attorney/Representative Signature Applicant Signature

Dated at _____, California
City

Date _____
MM/DD/YYYY

INSTRUCTIONS

FILING AND SERVICE OF A DECLARATION OF READINESS IS A PREREQUISITE TO THE SETTING OF A CASE FOR HEARING.

Effect of Filing Application

Filing of this application begins formal proceedings against the defendant(s) named in your application.

Assistance in Filling Out Application

You may request the assistance of an information and assistance officer of the Division of Workers' Compensation.

Right to Attorney

You may be represented by an attorney or agent, or you may represent yourself. The attorney's fee will be set by the Workers' Compensation Appeals Board at the time the case is decided and is ordinarily payable out of your award.

Filling Out Application

For "amended" applications, the venue choice must be the same as that specified on the original application, unless an order changing venue has issued. A street or P.O. Box address within the United States must be entered for the place where the injury occurred. Therefore, if the injury did not occur at a fixed or identifiable location (such as a field, a highway,or on water), or if the injury occurred outside of the United States, the employer's business address or another appropriate address must be specified; however, a short explanation regarding the place of injury may be appended to the application. If medical treatment has been paid for by Medi-Cal, Medicare, group health insurance, or a private carrier, please specify.

Service of Documents

Your attorney or agent will serve all documents in accordance with Labor Code section 5501 and the Workers' Compensation Appeals Board's Rules of Practice and Procedure.

If you have no attorney or agent, copies of this application will be served by the Workers' Compensation Appeals Board on all parties. If you file any other document, you must mail or deliver a copy of the document to all parties in the case.

IMPORTANT!

If any applicant is under 18 years of age, it will be necessary to file a Petition for Appointment of Guardian ad Litem. Forms for this purpose may be obtained at the district office of the Workers' Compensation Appeals Board, or by calling the district office and requesting this form.

DECLARATION PURSUANT TO LABOR CODE SECTION 4906(g)

Pursuant to Labor Code Section 4906(g), I declare under penalty of perjury that I have not violated Section 139.3 and I have not offered, delivered, received, or accepted any rebate, refund, commission, preference, patronage dividend, discount, or other consideration, whether in the form of money or otherwise, as compensation or inducement for any referred examination or evaluation.

Dated: _____

_____
Signature

Before signing this form, you should be aware that: "Any person who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement or representation for the purpose of obtaining or denying workers' compensation benefits or payments is guilty of a felony."

STATE OF CALIFORNIA
DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION
WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD
DECLARATION OF READINESS TO PROCEED

NOTICE: Any objection to the proceedings requested by a Declaration of Readiness to proceed shall be filed and served within ten (10) days after service of the Declaration.

Case No.

Applicant

First Name MI

Last Name

VS

Employer Information

Employer Name (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

Employer Street Address/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

City State Zip Code

Declarants: Please designate your role (Please Select Only One)

☐ Employee ☐ Applicant ☐ Defendant ☐ Lien Claimant

Declarant requests: (Please Select Only One)

☐ Mandatory Settlement Conference ☐ Status Conference ☐ Rating MSC* ☐ Priority Conference

☐ Lien Conference

At the present time the principal issues are: (Check all that apply)

☐ Compensation Rate ☐ Rehabilitation/SJDB ☐ Temporary Disability ☐ Self-Procured Medical Treatment

☐ Permanent Disability ☐ Future Medical Treatment ☐ AOE/COE ☐ Discovery

☐ Employment ☐ Other _____

Declarant relies on the report(s) of:

Doctors (s) _____ date _____
MM/DD/YYYY

*For a Rating MSC, all ratable medical reports, including treating physician, QME and AME reports, must be filed with this Declaration of Readiness, unless they have been previously filed. A Rating MSC will be set only where the issues are limited to permanent disability and the need for future medical treatment.

Declarant states under penalty perjury that he or she is presently ready to proceed to hearing on the issues below and has made the following specific, genuine, good faith efforts to resolve the dispute(s) listed below:

Unless a status or priority conference is requested, I have completed discovery on the issues listed above, and that all medical reports in my possession or control have been filed and served as required by the rules promulgated by the Court Administrator.

Copies of this Declaration have been served this date as shown on the attached proof of service.

Declarant's Signature _____

_____
Name of declarant or name of the law firm of the declarant (Print or Type)

_____
Address (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

_____
Phone Number

Date _____
MM/DD/YYYY

INSTRUCTIONS

1. This Declaration must be completed and filed before any case will be set for hearing at the request of any party. A party may request a mandatory settlement conference hearing, status conference hearing, rating mandatory settlement conference hearing, or a priority conference hearing.

A mandatory settlement conference is held to assist the parties in resolving the dispute. If the dispute cannot be resolved at that time, the parties should be ready to frame issues, record stipulations, list exhibits, and list the witnesses who will testify at trial. A trial is set only at the discretion of the judge and is set for the purpose of receiving evidence.

A rating mandatory settlement conference is a mandatory settlement conference but ratings of the medical reports will be available at the time of the conference.

A status conference is not a mandatory settlement conference but a proceeding for which judicial attention is required. It can include, but is not limited to, a lien conference or conference in a complicated case in which discovery is not complete and **the** parties need the judge's guidance.

A priority conference is a conference held under Labor Code section 5502(c) in which the injured worker is represented **by an attorney and the issues include employment and/or injury arising out of and in the course of employment.**

2. Unless notified otherwise, no witness other than the applicant need attend conference hearings. **Claims adjusters and lien claimants must be present or available by telephone.**

3. The party requiring an interpreter must arrange for the presence of an interpreter, except that the defendant(s) must arrange for the presence of the interpreter if the injured worker is not represented by an attorney.

4. Continuances are not favored and none will be granted after the filing of this Declaration without a clear and timely showing of good cause.

5. The Workers' Compensation Appeals Board favors the presentation of medical evidence in the form of written reports.

6. The WCJ, upon the receipt of the Declaration of Readiness, may set the case for a type of proceeding other than the one requested (Section 10417).

Workers' Compensation Information and Assistance - 1 (800) 736-7401

APPLICATION FOR DISCRETIONARY PAYMENTS FROM THE UNINSURED EMPLOYERS' FUND

Case Number

SSN (Numbers Only)

Applicant (Completion of this section is required)

First Name MI

Last Name

Street Address1/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

Street Address2/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

City State Zip Code

Uninsured Employers Benefit Trust Fund

Office Address /PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

City CA State Zip Code

Prompt consideration of your application requires COMPLETE and FULL ANSWERS TO ALL THE QUESTIONS appearing below

1. Employer

Name

Street Address1/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

Street Address2/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

City State Zip Code

2. Please specify a specific injury date or specify if it was a cumulative trauma injury:

(Choose only one)

☐ as specific Injury on _____
(DATE OF INJURY: MM/DD/YYYY)

☐ a cumulative trauma which began on _____ and ended on _____
(Start Date: MM/DD/YYYY) (End Date: MM/DD/YYYY)

3. List the names and address of doctors and hospitals that have treated you for this injury:

4. Have you returned to work ? ☐ Yes ☐ No

If Yes, give date _____
(MM/DD/YYYY)

5. Have you received payments from anyone for this injury ? ☐ Yes ☐ No

If Yes, how much were you paid ? $ _____

Who paid you ? _____

I, the undersigned, hereby apply for discretionary payments of compensation from the Uninsured Employers Fund under Laber Code section 4903.3 and declare under penalty of perjury that the information furnished above is true and correct to the best of my knowledge and belief. I hereby authorize any doctors or hospitals that have treated me for this injury to furnish and disclose all facts concerning my medical condition that are within their knowledge, and to allow inspection of and provide copies of any records concerning my medical condition that are under their control.

Executed on _____ ,at _____ , California
(MM/DD/YYYY)

_____
(Signature of Applicant)

APÉNDICE G

Formularios para Fotocopiar y Utilizar

Usted puede fotocopiar y utilizar los formularios de este apéndice, tal como se explicó en esta guía. Escriba a máquina o en letra de imprenta legible.

Formulario de Reclamo de Compensación de Trabajadores (DWC 1) (Workers' Compensation Claim Form (DWC 1)) 49
La última versión de este formulario se encuentra disponible en Internet, bajo "Legacy forms, Claim and court forms" (Formularios de legado, Formularios de reclamos y de tribunal): **www.dir.ca.gov/dwc/forms.html**

Solicitud del Servicio de Averiguación de Cobertura (Coverage Research Service Request) 53
La última versión de este formulario se encuentra disponible en Internet: **www.wcirbonline.org** [enlace a "Products and Services - Coverage Research" (Productos y Servicios - Averiguación de Cobertura)].

Notificación Especial de Demanda, Incluyendo Constancia de Entrega de la Notificación Especial de Demanda (Special Notice of Lawsuit, including Proof of Service of Special Notice of Lawsuit) 57
La última versión de este formulario se encuentra disponible en Internet bajo "Legacy forms, Administrative forms" (Formularios de legado, formularios administrativos): **www.dir.ca.gov/dwc/forms.html**

Petición de Inclusión del UEBTF como Parte Demandada (Petition to Join Party Defendant UEBTF) 59

Workers' Compensation Claim Form (DWC 1) & Notice of Potential Eligibility

Formulario de Reclamo de Compensación de Trabajadores (DWC 1) y Notificación de Posible Elegibilidad

If you are injured or become ill, either physically or mentally, because of your job, including injuries resulting from a workplace crime, you may be entitled to workers' compensation benefits. Attached is the form for filing a workers' compensation claim with your employer. **You should read all of the information below.** Keep this sheet and all other papers for your records. You may be eligible for some or all of the benefits listed depending on the nature of your claim. If required you will be notified by the claims administrator, who is responsible for handling your claim, about your eligibility for benefits.

To file a claim, complete the "Employee" section of the form, keep one copy and give the rest to your employer. Your employer will then complete the "Employer" section, give you a dated copy, keep one copy and send one to the claims administrator. Benefits can't start until the claims administrator knows of the injury, so complete the form as soon as possible.

Medical Care: Your claims administrator will pay all reasonable and necessary medical care for your work injury or illness. Medical benefits may include treatment by a doctor, hospital services, physical therapy, lab tests, x-rays, and medicines. Your claims administrator will pay the costs directly so you should never see a bill. There is a limit on some medical services.

The Primary Treating Physician (PTP) is the doctor with the overall responsibility for treatment of your injury or illness. Generally your employer selects the PTP you will see for the first 30 days, however, in specified conditions, you may be treated by your predesignated doctor or medical group. If a doctor says you still need treatment after 30 days, you may be able to switch to the doctor of your choice. Different rules apply if your employer is using a Health Care Organization (HCO) or a Medical Provider Network (MPN). A MPN is a selected network of health care providers to provide treatment to workers injured on the job. You should receive information from your employer if you are covered by an HCO or a MPN. Contact your employer for more information. If your employer has not put up a poster describing your rights to workers' compensation, you may choose your own doctor immediately.

Within one working day after you file a claim form, your employer shall authorize the provision of all treatment, consistent with the applicable treating guidelines, for the alleged injury and shall continue to be liable for up to $10,000 in treatment until the claim is accepted or rejected.

Disclosure of Medical Records: After you make a claim for workers' compensation benefits, your medical records will not have the same level of privacy that you usually expect. If you don't agree to voluntarily release medical records, a workers' compensation judge may decide what records will be released. If you request privacy, the judge may "seal" (keep private) certain medical records.

Payment for Temporary Disability (Lost Wages): If you can't work while you are recovering from a job injury or illness, for most injuries you will receive temporary disability payments for a limited period of time. These payments may change or stop when your doctor says you are able to return to work. These benefits are tax-free. Temporary disability payments are two-thirds of your average weekly pay, within minimums and maximums set by state law. Payments are not made for the first three days you are off the job unless you are hospitalized overnight or cannot work for more than 14 days.

Return to Work: To help you to return to work as soon as possible, you should actively communicate with your treating doctor, claims administrator, and employer about the kinds of work you can do while recovering. They may coordinate efforts to return you to modified duty or other work that is medically appropriate. This modified or other duty may

Si Ud. se lesiona o se enferma, ya sea físicamente o mentalmente, debido a su trabajo, incluyendo lesiones que resulten de un crimen en el lugar de trabajo, es posible que Ud. tenga derecho a beneficios de compensación de trabajadores. Se adjunta el formulario para presentar un reclamo de compensación de trabajadores con su empleador. **Ud. debe leer toda la información a continuación.** Guarde esta hoja y todos los demás documentos para sus archivos. Es posible que usted reúna los requisitos para todos los beneficios, o parte de éstos, que se enumeran, dependiendo de la índole de su reclamo. Si se requiere, el administrador de reclamos, quien es responsable por el manejo de su reclamo, le notificará sobre su elegibilidad para beneficios.

Para presentar un reclamo, llene la sección del formulario designada para el "Empleado," guarde una copia, y déle el resto a su empleador. Entonces, su empleador completará la sección designada para el "Empleador," le dará a Ud. una copia fechada, guardará una copia, y enviará una al administrador de reclamos. Los beneficios no pueden comenzar hasta, que el administrador de reclamos se entere de la lesión, así que complete el formulario lo antes posible.

Atención Médica: Su administrador de reclamos pagará toda la atención médica razonable y necesaria, para su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Es posible que los beneficios médicos incluyan el tratamiento por parte de un médico, los servicios de hospital, la terapia física, los análisis de laboratorio y las medicinas. Su administrador de reclamos pagará directamente los costos, de manera que usted nunca verá un cobro. Hay un límite para ciertos servicios médicos.

El Médico Primario que le Atiende-*Primary Treating Physician PTP* es el médico con la responsabilidad total para tratar su lesión o enfermedad. Generalmente, su empleador selecciona al *PTP* que Ud. verá durante los primeros 30 días. Sin embargo, en condiciones específicas, es posible que usted pueda ser tratado por su médico o grupo médico previamente designado. Si el doctor dice que usted aún necesita tratamiento después de 30 días, es posible que Ud. pueda cambiar al médico de su preferencia. Hay reglas differentes que se aplican cuando su empleador usa una Organización de Cuidado Médico (HCO) o una Red de Proveedores Médicos (MPN). Una MPN es una red de proveedores de asistencia médica seleccionados para dar tratamiento a los trabajadores lesionados en el trabajo. Usted debe recibir información de su empleador si su tratamiento es cubierto por una HCO o una MPN. Hable con su empleador para más información. Si su empleador no ha colocado un cartel describiendo sus derechos para la compensación de trabajadores, Ud. puede seleccionar a su propio médico inmediatamente.

Dentro de un día después de que Ud. Presente un formulario de reclamo, su empleador autorizará todo tratamiento médico de acuerdo con las pautas de tratamiento aplicables a la presunta lesión y será responsable por $10,000 en tratamiento hasta que el reclamo sea aceptado o rechazado.

Divulgación de Expedientes Médicos: Después de que Ud. presente un reclamo para beneficios de compensación de trabajadores, sus expedientes médicos no tendrán el mismo nivel de privacidad que usted normalmente espera. Si Ud. no está de acuerdo en divulgar voluntariamente los expedientes médicos, un juez de compensación de trabajadores posiblemente decida qué expedientes se revelarán. Si Ud. solicita privacidad, es posible que el juez "selle" (mantenga privados) ciertos expedientes médicos.

Pago por Incapacidad Temporal (Sueldos Perdidos): Si Ud. no puede trabajar, mientras se está recuperando de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, Ud. recibirá pagos por incapacidad temporal para la mayoría de las lesions por un period limitado. Es posible que estos pagos cambien o paren, cuando su médico diga que Ud. está en condiciones de regresar a trabajar. Estos beneficios son libres de impuestos. Los pagos

be temporary or may be extended depending on the nature of your injury or illness.

Payment for Permanent Disability: If a doctor says your injury or illness results in a permanent disability, you may receive additional payments. The amount will depend on the type of injury, your age, occupation, and date of injury.

Supplemental Job Displacement Benefit (SJDB): If you were injured after 1/1/04 and you have a permanent disability that prevents you from returning to work within 60 days after your temporary disability ends, and your employer does not offer modified or alternative work, you may qualify for a nontransferable voucher payable to a school for retraining and/or skill enhancement. If you qualify, the claims administrator will pay the costs up to the maximum set by state law based on your percentage of permanent disability.

Death Benefits: If the injury or illness causes death, payments may be made to relatives or household members who were financially dependent on the deceased worker.

It is illegal for your employer to punish or fire you for having a job injury or illness, for filing a claim, or testifying in another person's workers' compensation case (Labor Code 132a). If proven, you may receive lost wages, job reinstatement, increased benefits, and costs and expenses up to limits set by the state.

You have the right to disagree with decisions affecting your claim. If you have a disagreement, contact your claims administrator first to see if you can resolve it. If you are not receiving benefits, you may be able to get State Disability Insurance (SDI) benefits. Call State Employment Development Department at (800) 480-3287.

You can obtain free information from an information and assistance officer of the State Division of Workers' Compensation (DWC), or you can hear recorded information and a list of local offices by calling **(800) 736-7401**. You may also go to the DWC website at www.dwc.ca.gov.

You can consult with an attorney. Most attorneys offer one free consultation. If you decide to hire an attorney, his or her fee will be taken out of some of your benefits. For names of workers' compensation attorneys, call the State Bar of California at (415) 538-2120 or go to their web site at **www.californiaspecialist.org**.

por incapacidad temporal son dos tercios de su pago semanal promedio, con cantidades mínimas y máximas establecidas por las leyes estatales. Los pagos no se hacen durante los primeros tres días en que Ud. no trabaje, a menos que Ud. sea hospitalizado una noche o no pueda trabajar durante más de 14 días.

Regreso al Trabajo: Para ayudarle a regresar a trabajar lo antes posible, Ud. debe comunicarse de manera activa con el médico que le atienda, el administrador de reclamos y el empleador, con respecto a las clases de trabajo que Ud. puede hacer mientras se recupera. Es posible que ellos coordinen esfuerzos para regresarle a un trabajo modificado, o a otro trabajo, que sea apropiado desde el punto de vista médico. Este trabajo modificado u otro trabajo podría ser temporal o podría extenderse dependiendo de la índole de su lesión o enfermedad.

Pago por Incapacidad Permanente: Si el doctor dice que su lesión o enfermedad resulta en una incapacidad permanente, es posible que Ud. reciba pagos adicionales. La cantidad dependerá de la clase de lesión, su edad, su ocupación y la fecha de la lesión.

Beneficio Suplementario por Desplazamiento de Trabajo: Si Ud. Se lesionó después del 1/1/04 y tiene una incapacidad permanente que le impide regresar al trabajo dentro de 60 días después de que los pagos por incapacidad temporal terminen, y su empleador no ofrece un trabajo modificado o alternativo, es posible que usted reúna los requisitos para recibir un vale no-transferible pagadero a una escuela para recibir un nuevo entrenamiento y/o mejorar su habilidad. Si Ud. reúne los requisitios, el administrador de reclamos pagará los gastos hasta un máximo establecido por las leyes estatales basado en su porcentaje de incapacidad permanente.

Beneficios por Muerte: Si la lesión o enfermedad causa la muerte, es posible que los pagos se hagan a los parientes o a las personas que viven en el hogar y que dependían económicamente del trabajador difunto.

Es ilegal que su empleador le castigue o despida, por sufrir una lesión o enfermedad en el trabajo, por presentar un reclamo o por testificar en el caso de compensación de trabajadores de otra persona. (El Codigo Laboral sección 132a.) De ser probado, usted puede recibir pagos por pérdida de sueldos, reposición del trabajo, aumento de beneficios y gastos hasta los límites establecidos por el estado.

Ud. tiene derecho a no estar de acuerdo con las decisiones que afecten su reclamo. Si Ud. tiene un desacuerdo, primero comuníquese con su administrador de reclamos para ver si usted puede resolverlo. Si usted no está recibiendo beneficios, es posible que Ud. pueda obtener beneficios del Seguro Estatal de Incapacidad (SDI). Llame al Departamento Estatal del Desarrollo del Empleo (EDD) al (800) 480-3287.

Ud. puede obtener información gratis, de un oficial de información y asistencia, de la División Estatal de Compensación de Trabajadores *(Division of Workers' Compensation – DWC)* o puede escuchar información grabada, así como una lista de oficinas locales llamando al **(800) 736-7401**. Ud. también puede consultar con la pagína Web de la DWC en www.dwc.ca.gov.

Ud. puede consultar con un abogado. La mayoría de los abogados ofrecen una consulta gratis. Si Ud. decide contratar a un abogado, los honorarios serán tomados de algunos de sus beneficios. Para obtener nombres de abogados de compensación de trabajadores, llame a la Asociación Estatal de Abogados de California *(State Bar)* al (415) 538-2120, ó consulte con la pagína Web en **www.californiaspecialist.org**.

State of California
Department of Industrial Relations
DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION

Estado de California
Departamento de Relaciones Industriales
DIVISION DE COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR

WORKERS' COMPENSATION CLAIM FORM (DWC 1)

PETITION DEL EMPLEADO PARA DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR (DWC 1)

Employee: Complete the **"Employee"** section and give the form to your employer. Keep a copy and mark it **"Employee's Temporary Receipt"** until you receive the signed and dated copy from your employer. You may call the Division of Workers' Compensation and hear recorded information at **(800) 736-7401**. An explanation of workers' compensation benefits is included as the cover sheet of this form.

You should also have received a pamphlet from your employer describing workers' compensation benefits and the procedures to obtain them.

Empleado: *Complete la sección* ***"Empleado"*** *y entregue la forma a su empleador. Quédese con la copia designada* ***"Recibo Temporal del Empleado"*** *hasta que Ud. reciba la copia firmada y fechada de su empleador. Ud. puede llamar a la Division de Compensación al Trabajador al* ***(800) 736-7401*** *para oir información gravada. En la hoja cubierta de esta forma esta la explicatión de los beneficios de compensación al trabajador.*

Ud. también debería haber recibido de su empleador un folleto describiendo los benficios de compensación al trabajador lesionado y los procedimientos para obtenerlos.

Any person who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement or material representation for the purpose of obtaining or denying workers' compensation benefits or payments is guilty of a felony.

Toda aquella persona que a propósito haga o cause que se produzca cualquier declaración o representación material falsa o fraudulenta con el fin de obtener o negar beneficios o pagos de compensación a trabajadores lesionados es culpable de un crimen mayor "felonia".

Employee—complete this section and see note above ***Empleado—complete esta sección y note la notación arriba.***

1. Name. *Nombre.* _____ Today's Date. *Fecha de Hoy.* _____
2. Home Address. *Dirección Residencial.* _____
3. City. *Ciudad.* _____ State. *Estado.* _____ Zip. *Código Postal.* _____
4. Date of Injury. *Fecha de la lesión (accidente).* _____ Time of Injury. *Hora en que ocurrió.* _____a.m. _____p.m.
5. Address and description of where injury happened. *Dirección/lugar dónde occurió el accidente.* _____
6. Describe injury and part of body affected. *Describa la lesión y parte del cuerpo afectada.* _____
7. Social Security Number. *Número de Seguro Social del Empleado.* _____
8. Signature of employee. *Firma del empleado.* _____

Employer—complete this section and see note below. ***Empleador—complete esta sección y note la notación abajo.***

9. Name of employer. *Nombre del empleador.* _____
10. Address. *Dirección.* _____
11. Date employer first knew of injury. *Fecha en que el empleador supo por primera vez de la lesión o accidente.* _____
12. Date claim form was provided to employee. *Fecha en que se le entregó al empleado la petición.* _____
13. Date employer received claim form. *Fecha en que el empleado devolvió la petición al empleador.* _____
14. Name and address of insurance carrier or adjusting agency. *Nombre y dirección de la compañía de seguros o agencia adminstradora de seguros.* _____
15. Insurance Policy Number. *El número de la póliza de Seguro.* _____
16. Signature of employer representative. *Firma del representante del empleador.* _____
17. Title. *Título.* _____ 18. Telephone. *Teléfono.* _____

Employer: You are required to date this form and provide copies to your insurer or claims administrator and to the employee, dependent or representative who filed the claim within **one working day** of receipt of the form from the employee.

SIGNING THIS FORM IS NOT AN ADMISSION OF LIABILITY

Empleador: *Se requiere que Ud. feche esta forma y que provéa copias a su compañía de seguros, administrador de reclamos, o dependiente/representante de reclamos y al empleado que hayan presentado esta petición dentro del plazo de* ***un día hábil*** *desde el momento de haber sido recibida la forma del empleado.*

EL FIRMAR ESTA FORMA NO SIGNIFICA ADMISION DE RESPONSABILIDAD

○ Employer copy/*Copia del Empleador* ○ Employee copy/ *Copia del Empleado* ○ Claims Administrator/*Administrador de Reclamos* ○ Temporary Receipt/*Recibo del Empleado*

Coverage Research Service Request

Form 807 (Rev. 06/2010)

Instructions

Purpose of Form

Completion of this form is required for coverage requests made in connection with a pending workers' compensation claim.

Use of Form

The WCIRB can provide coverage information to an insurance company, employer, injured worker, licensed health care provider, Third Party Entity (TPE) acting on behalf of a member insurer who has a TPE agreement with the WCIRB or an attorney involved in a pending workers' compensation claim.

Authorization

Before the coverage request will be processed, the requesting party must certify that he/she is entitled to receive the information, that the information will be used solely in connection with the pending workers' compensation claim and that the information will not be otherwise published, distributed or released to third parties other than in connection with the administration and/or litigation of the pending workers' compensation claim.

Employers or insurers may have access to their own information even if there is no pending workers' compensation claim.

Coverage Availability

The WCIRB is unable to supply coverage information prior to 1958.

Information Requirements

The WCIRB will not process your coverage research service request unless all sections of the form are completely filled out.

The requesting party must provide the WCIRB with necessary information regarding the pending workers' compensation claim for which the information is sought, including the name of the parties, date of injury, claim number (if known) and WCAB number (if assigned). Incomplete information will delay the completion of your request.

Form Completion

- This form can be completed electronically; however, the form **requires a signature** and must be printed and signed by an authorized individual.
- If not completed electronically, print or type all information.
- Under Coverage Information Requested, list both the physical address and the P.O. Box address, if the employer uses a P.O. Box. The WCIRB can only provide coverage information when the employer's address matches the address on the policy record.

Fees

The fee for coverage research is **$10.00 per year, per employer**. Any portion of a year counts as a complete year.

Fee Examples

The examples are based on one employer.

Coverage Requested	Total No. Years	Fee
2006–2007	2	$20
1/1/06–1/1/07	1	$10
1/1/06–1/31/07	2	$20
2006–3/1/09	4	$40
2005–2009	5	$50

Payment

Payment must be received before your request can be processed and is non-refundable. Calculating the correct fee for your request will expedite your order. **If you need assistance in calculating the fee, call WCIRB Customer Service.**

- WCIRB member insurers may elect to be billed.
- TPEs, authorized by WCIRB member insurers, may elect to have the WCIRB bill the member insurer. The WCIRB is unable to bill TPEs directly.
- For all others, the WCIRB accepts payment by check only. Include your payment when submitting the Coverage Research Service Request form.

Delivery

MAIL Coverage research requests are mailed.

EMAIL Email delivery is available (see page 2).

Form Submission

This form must be mailed to the WCIRB.

MAIL WCIRB Customer Service
Attn: Coverage Department
525 Market Street, Suite 800
San Francisco, CA 94105-2767

Questions

Call WCIRB Customer Service toll free
888.CA.WCIRB (229.2472) 7:30 a.m.–5:00 p.m. PST

Coverage Research Service Request
Form 807 (Rev. 06/2010)

Original signature required. This form must be mailed.

Pending Workers' Compensation Claim Information

Injured Worker | Date of Injury

Employer | WCAB Number (If Assigned)

Insurer (If Known) | Claim Number (If Known)

Requesting Party Information

Print Name of Individual Requesting Information | Title/Position

Company **OR** Injured Worker Represented | Telephone

Address (If Injured Worker, Include Your Own Address) | If an Attorney, Indicate Party Represented

City | State | Zip

Email Address (**Required for Email Delivery**)

Coverage Information Requested [For additional employers, attach separate sheet(s).]

The WCIRB is unable to supply coverage information prior to 1958.

List the physical address and if the employer has a P.O. Box, the P.O. Box must also be included.

(1)		(2)	
Employer		Employer	
DBA (If Known)		DBA (If Known)	
Coverage Year(s) Requested		Coverage Year(s) Requested	
Physical Address		**Physical Address**	
Physical Address City		Physical Address City	
Physical Address State	Zip	Physical Address State	Zip
P.O Box Address		**P.O. Box Address**	
P.O Box City		P.O. Box City	
P.O Box State	Zip	P.O. Box State	Zip

WCIRB Customer Service | 525 Market Street, Suite 800 San Francisco, CA 94105-2767 | Voice 888.229.2472 Fax 415.778.7272 | customerservice@wcirbonline.org www.wcirbonline.org

Coverage Research Service Request
Form 807 (Rev. 06/2010)

Certification

The requesting individual hereby certifies that he/she is:

- ☐ the injured worker in the pending workers' compensation claim; **OR**
- ☐ an employee, partner, manager, officer or director of, and has the authority to bind, an employer, as defined by Labor Code 3300, in the pending workers' compensation claim; **OR**
- ☐ a licensed workers' compensation insurance insurer in the pending workers' compensation claim; **OR**
- ☐ an employer, as defined by Labor Code Section 3300, in the pending workers' compensation claim; **OR**
- ☐ a licensed health care provider in the pending workers' compensation claim; **OR**
- ☐ a Third Party Entity (TPE) that is authorized to obtain coverage information by a member insurer in the pending workers' compensation claim; **OR**
- ☐ an attorney representing any of the above individuals or entities in the pending workers' compensation claim.

Restricted Use of Information

I agree that the coverage information provided shall be used solely in connection with the administration and/or litigation of the above-referenced pending workers' compensation claim, and for no other purpose. In addition, I agree that the information provided by the WCIRB is confidential and proprietary and shall not be published, distributed, released or communicated to third parties, other than in relation to the administration and/or litigation of the above-referenced pending workers' compensation claim. I affirm that all information provided on this form is true and correct.

Signature Date

Fees

List the amount being paid. Refer to the chart under Fee Examples on the Instruction page.

$.

Please complete page 3.

WCIRB Customer Service | 525 Market Street, Suite 800 San Francisco, CA 94105-2767 | Voice 888.229.2472 Fax 415.778.7272 | customerservice@wcirbonline.org www.wcirbonline.org

Coverage Research Service Request
Form 807 (Rev. 06/2010)

Payment Method — Members and TPEs

☐ WCIRB Member Billing.

I am authorized by the insurer named in the Requesting Party Section of this form to request insurance policy information. I understand that my company will be billed for the information ordered by this form.

Authorized by | **Authorized Signature Required**

Title | Date

☐ Member Authorized TPE. (Member will be billed. Include member billing information below.)

Authorized by | Signature

Title | Date

Member Company

Address

City | State | Zip

Payment Method — Others

The WCIRB accepts payment by check only. Make your check payable to "WCIRB" and mail to the address on this form.

☐ Check enclosed (non-refundable).

Email Delivery

☐ Check this box for email delivery as an alternative to receiving via U.S. Mail.

WCIRB Customer Service | 525 Market Street, Suite 800 San Francisco, CA 94105-2767 | Voice 888.229.2472 Fax 415.778.7272 | customerservice@wcirbonline.org www.wcirbonline.org

STATE OF CALIFORNIA DEPARTMENT OF INDUSTRIAL RELATIONS

WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD

SPECIAL NOTICE OF LAWSUIT

(Pursuant to Labor Code 3716 and Code of Civil Procedure Sections 412.20 and 412.30)

WCAB NO.:

To: **DEFENDANT, ILLEGALLY UNINSURED EMPLOYER:**

AVISO: Usted está siendo demandado. La corte puede expedir una decisión en contra suya sin darle la oportunidad de defenderse a menos que usted actue pronto. Lea la siguiente información.

Applicant.	Defendant(s).

NOTICES

1) A lawsuit, the Application for Adjudication of Claim, has been filed with the Workers' Compensation Appeals Board against you as the named defendant by the above-named applicant(s).

You may seek the advice of an attorney in any matter connected with this lawsuit and such attorney should be consulted promptly so that your response may be filed and entered in a timely fashion.

If you do not know an attorney, you may call an attorney reference service or a legal aid office. You may also request assistance / information from an Information and Assistance Officer of the Division of Workers' Compensation. (See telephone directory.)

2) An Answer to the Application must be filed and served within six days of the service of the Application pursuant to Appeals Board rules; therefore, your written response must be filed with the Appeals Board promptly; a letter or phone call will not protect your interests.

3) You will be served with a Notice(s) of Hearing and must appear at all hearings or conferences. After such hearing, even absent your appearance, a decision may be made and an award of compensation benefits may issue against you. The award could result in the garnishment of your wages, taking of your money or property, or other relief.

If the Appeals Board makes an award against you, your house or other dwelling or other property may be taken to satisfy that award in a non-judicial sale, with no exemptions from execution.

A lien may also be imposed upon your property without further hearing and before the issuance of an award.

4) You must notify the Appeals Board of the proper address for the service of official notices and papers and notify the Appeals Board of any changes in that address.

TAKE ACTION NOW TO PROTECT YOUR INTERESTS!
Issued by: WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD

Name and Address of Appeals Board: **WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD**

Name and Address of Applicant's Attorney:
FORM COMPLETED BY:
Telephone No.:

NOTICE TO THE PERSON SERVED: You are served:

1. [ ] as an individual defendant
2. [ ] as the person sued under the fictitious name of (specify):
3. [ ] on behalf of (specify):

under:
- [ ] CCP 416.10 (corporation
- [ ] CCP 416.20 (defunct corporation)
- [ ] CCP 416.40 (association or partnership)
- [ ] other (specify):
- [ ] CCP 416.60 (minor)
- [ ] CCP 416.70 (conservatee)
- [ ] CCP 416.90 (authorized person)

4. by personal delivery on (date):

PROOF OF SERVICE -- SPECIAL NOTICE OF LAWSUIT

1) I served the (check all that apply):

a. [ ] Special Notice of Lawsuit [ ] Application for Adjudication of Claim [ ] Claim Form
[ ] Order Joining Party Defendant [ ] Medical Records [ ] Other (specify):

b. on defendant (name):

c. Person served: [ ] Party in 1(b) [ ] Other (specify name and relationship to defendant):

d. Address where the party was served:

e. by delivery [ ] at home [ ] at business [ ] other (specify):
(a) date:
(b) time:
(c) address:

f. by mailing
(1) date:
(2) place:

2) Manner of service (check proper box)

a. [ ] Personal service. By personally delivering copies (CCP 415.10)

b. [ ] **Substituted service on corporation, unincorporated association (including partnership), or public** entity. By leaving, during usual office hours, copies in the office of the person served with the person who apparently was in charge and thereafter mailing (by first class mail, postage prepaid) copies to the person served at the place where the copies were left. [CCP 415.20(a)]

c. [ ] Substituted service on natural person, minor, conservatee, or candidate. By leaving copies at the dwelling house, usual place of above, or usual place of business of the person served in the presence of a competent member of the household or a person apparently in charge of the office or place of business, at least 18 years of age, who was informed on the general nature of the papers, and thereafter mailing on (date)_____from (city)_____or [ ] declaration of mailing attached (by first-class mail, postage prepaid) copies to the person served at the place where the copies were left. [CCP 415.20(b)] ***(Attach separate declaration or affidavit stating acts relied on to establish reasonable diligence in first attempting personal service.)***

d. [ ] **Mail and acknowledgment service.** By mailing (by first class mail or airmail, postage prepaid) copies to the person served, together with two copies of the form of notice and acknowledgment and a return envelope, postage prepaid, addressed to the sender. (CCP 415.30) ***(Attach completed acknowledgment of receipt.)***

e. [ ] **Certified or registered mail service.** By mailing to an address outside California (by first-class mail, postage prepaid, requiring a return receipt) copies to the person served. (CCP 415.40) ***(Attach signed return receipt or other evidence of actual delivery to the person served.)***

f. [ ] **Other** (*specify code section):*

g. [ ] Additional page describing service is attached.

3) The "Notice to the Person Served" (on the Notice) was completed as follows (CCP 412.30, 415.0 and 474):

a. [ ] as an individual defendant.

b. [ ] as the person sued under the fictitious name of *(specify):*

c. [ ] on behalf of (specify):

under: [ ] CCP 416.10 (corporation [ ] CCP 416.60 (minor)
[ ] CCP 416.20 (defunct corporation) [ ] CCP 416.70 (conservatee)
[ ] CCP 416.40 (association or partnership) [ ] CCP 416.90 (authorized person)
[ ] other (specify):

4) At the time of service I was at least 18 years of age and not a party to this action.

5) Fee for service: $

6) Person serving: Name:
Address:
Telephone no.:

a. [ ] Not a registered California process server.

b. [ ] Exempt from registration under Bus. & Prof. Code 22350(b).

c. [ ] Registered California process server:
(i) [ ] Owner [ ] Employee [ ] Independent contractor
(ii) Registration no.:
(iii) County:

d. [ ] California sheriff, marshal or constable.

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the foregoing is true and correct.

_____
(Signature) (Date)

(For California sheriff, marshal or constable use only)
I certify that the foregoing is true and correct.

_____
Signature) (Date)

State of California
Department of Industrial Relations
Division of Workers' Compensation
Workers' Compensation Appeals Board

_____ Petitioner/Applicant vs. _____ Employer(s)/Defendant(s)	WCAB Case No(s).: _____ PETITION TO JOIN PARTY DEFENDANT UEBTF

Petitioner _____ was injured on _____. Petitioner's
(Name of Applicant) (Date of Injury)

employer has been identified as _____. The WCIRB has found no
(Name of Employer)

record of workers' compensation coverage for _____ on _____.
(Name of Employer) (Date of Injury)

Petitioner hereby requests that the Uninsured Employers Benefits Trust Fund (UEBTF) be joined as a party defendant.

_____
Date

_____
Name of Petitioner

_____
Signature of Petitioner

COMMISSION ON HEALTH AND SAFETY
CHSWC
AND WORKERS' COMPENSATION

DIR
CALIFORNIA
DEPARTMENT OF
INDUSTRIAL
RELATIONS

THE UNIVERSITY OF CALIFORNIA
LET THERE BE LIGHT
1868