

ESTADO DE CALIFORNIA
DEPARTAMENTO DE RELACIONES INDUSTRIALES
JUNTA PARA APELACIONES DE COMPENSACIÓN DE OBRERO

AVISO Y SOLICITACIÓN PARA DERECHO DE RETENCIÓN

(Escribe o imprime nombres y direcciones; incluya código postal)

Obrero Lastimado

Fecha del Accidente

Abogado del Obrero Lastimado

Empleador

Compañía de seguros, o si tiene seguro personal, nombre del certificado

Agencia de Seguros si es administrado por una agencia

Abogado para seguro/empleador

Delta Health Systems

Reclamante de derecho de retención

Abogado del reclamante de derecho de retención

Número de caso o identidad

Dirección

Número de Seguridad Social Fecha de Nacimiento

Dirección

Dirección

Dirección de la Administración del Reclamo

Dirección

PO Box 1530 Stockton, CA 95201-1530

(209) 948-8483 x

Dirección y número telefónico

Dirección y número telefónico

El reclamante del derecho de retención por medio del presente solicita a la Junta de Apelaciones de Compensación de Obrero determinar y permitir como derecho de retención la cantidad de ___ dólares (\$___) contra cualquier cantidad que ahora se debe o que en el futuro llegue a estar pagable como compensación al obrero nombrado debido a la lesión descrita arriba.

Esta solicitud de derecho de retención es para: (*marque la cajita correcta*)

- Gastos razonables incurridos por el dicho obrero por tratamiento médico para curar o aliviar los efectos de la dicha lesión; o
- Gastos médicos razonables incurridos para probar un reclamo rebatido; o
- El valor razonable de gastos de mantenimiento para dicho obrero y sus dependientes dependiendo de la fecha de la lesión; o
- El valor razonable de gastos de mantenimiento para el cónyuge o hijos dependientes, o los dos, del dicho obrero, dependiendo de la fecha de la lesión, en caso de que el obrero haya dejado o descuidado su familia; o
- Pago razonable por los servicios de un intérprete en la fecha de ___, ___.

AVISO: HAY QUE INCLUIR ADJUNTO UN ESTADO DE CUENTA DETALLADO QUE JUSTIFICA EL DERECHO DE RETENCIÓN

PARA LESIONES QUE OCURRIERON DESPUÉS DEL DÍA PRIMERO DE ENERO DE 1990, Y PARA LA CUALES EL RECLAMANTE DEL DERECHO DE RETENCIÓN NO TIENE UN NÚMERO DE IDENTIDAD WCAB, el reclamante del derecho de retención declara a riesgo de juramento falso que:

- Adjunto hay una copia del formulario original del Reclamo de Empleado por Beneficios de Compensación de Obrero (formulario DWC 1); o
- El reclamante del derecho de retención no tiene una copia del formulario de reclamo, pero ha hecho lo siguiente tratando de conseguir una:
- Se mandó por correo a cada una de las partes nombradas arriba una copia del reclamo de derecho de retención y los documentos justificantes

Firma del Abogado del Reclamante de Derecho de Retención

Firma del Reclamante de Derecho de Retención

Fecha

CONSENTIMIENTO DEL EMPLEADO PARA EL DERECHO DE RETENCIÓN

Doy mi consentimiento a permitir un derecho de retención solicitado contra mi compensación.

Firma del Abogado del Obrero Lastimado