



### EMPLOYEE'S CLAIM FOR WORKERS' COMPENSATION BENEFITS

If you are injured or become ill because of your job, you may be entitled to workers' compensation benefits.

Complete the "Employee" section and give the form to your employer. Keep the copy marked "Employee's Temporary Receipt" until you receive the dated copy from your employer. You may call the Division of Workers' Compensation at **1-800-736-7401** if you need help in filling out this form or in obtaining your benefits. An explanation of workers' compensation benefits is included on the back of this form.

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

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.

### PETICION DEL EMPLEADO PARA BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR

Si Ud. se ha lesionado o se ha enfermado a causa de su trabajo, Ud. tiene derecho a recibir beneficios de compensación al trabajador.

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 fechada de su empleador. Si Ud. necesita ayuda para completar esta forma o para obtener sus beneficios, Ud. puede hablar con la División de Compensación al Trabajador llamando al **1-800-736-7401**. En la parte de atrás de esta forma se encuentra una explicación de los beneficios de compensación al trabajador.

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

Toda aquella persona que a propósito haga o cause que se produzca cualquier declaración a 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".

<b>Employee: Empleado:</b>	
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 ocurrió 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. _____	
<b>Employer—complete this section and give the employee a copy immediately as a receipt. Empleador—complete esta sección y déle inmediatamente una copia al empleado como recibo.</b>	
9. Name of employer. Nombre del empleador. <u>UCLA Department of:</u>	
10. Address. Dirección. <u>405 Hilgard Avenue, Los Angeles, CA 90095</u>	
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 el 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 administradora de seguros. <u>Professional Risk Management, 10880 Wilshire Blvd., Suite 850, Los Angeles, CA 90024</u>	
15. Insurance Policy Number. El número de la póliza del Seguro. <u>Self Insured</u>	
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.

**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.

SIGNING THIS FORM IS NOT AN ADMISSION OF LIABILITY

EL FIRMAR ESTA FORMA NO SIGNIFICA ADMISION DE RESPONSABILIDAD