

§ 10139. Workers' Compensation Claim Form (DWC 1) and Notice of Potential Eligibility.

DRAFT

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.

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 oír información gravada. En la hoja cubierta de esta forma esta la explicación de los beneficios de compensación al trabajador.

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

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

You may receive written notices from your employer or its claims administrator about your claim. If you agree to receive these notices only by email, please provide your email address below and check the appropriate box. If you later decide you want to receive the notices by mail, you must inform your employer in writing.

[In Spanish] You may receive written notices from your employer or its claims administrator about your claim. If you agree to receive these notices only by email, please provide your email address below and check the appropriate box. If you later decide you want to receive the notices by mail, you must inform your employer in writing.

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 ocurrió el accidente.* _____
- 6.Describe injury and part of body affected. *Describe la lesión y parte del cuerpo afectada.* _____
- 7.Social Security Number. *Número de Seguro Social del Empleado.* _____
- 8.Signature of employee. *Firma del empleado.* _____
- 9. Employee's e-mail. (*Spanish*). _____ Check if you agree to receive notices about your claim by email only. (*Spanish*).

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 administradora 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 com-pañía 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

Note: Authority cited: Sections 133 and 5307.3, Labor Code. Reference: Sections 132(a), 139.48, 139.6, 4600, 4600.3, 4601, 4604.5, 4616, 4650, 4656, 4658.5, 4658.6, 4700, 4701, 4702, 4703, 5400, 5401, 5401.7 and 5402, Labor Code.

DRAFT