

Indemnización para trabajadores

Formulario de queja por supresión de reclamos

Investigations
PO Box 44277
Olympia WA 98504-4277

¿Preguntas?
Llame al 1-866-324-3310 o al 360-902-9155
Envíe un correo electrónico a:
CSIIDComplaints@Lni.wa.gov

Case Number (Dept. Use Only)

Ningún empleador participará en la supresión de reclamos, al incitar a los empleados a no informar sobre lesiones o a tratar las lesiones ocurridas durante el desempeño de su trabajo como si hubieran sido ocasionadas fuera de este; así como a actuar de alguna otra manera para suprimir reclamos legítimos del seguro industrial.

La supresión de reclamos no incluye a los programas de buena fe para la seguridad y prevención de accidentes en el área laboral o el suministro de primeros auxilios en el lugar de trabajo, tal como lo dispone el Departamento de Labor e Industrias.

Si el director determina que un empleador ha participado en la supresión de un reclamo y, como resultado, el empleado no ha presentado un reclamo para obtener los beneficios del seguro industrial tal como lo dicta la ley, el director tendrá la potestad de exonerar los límites de tiempo para la presentación del reclamo, según se describe en el Código Revisado de Washington (RCW por su sigla en inglés) RCW 51.28.050; esto en caso de que se reciba la queja o alegato de supresión de reclamo en los dos años siguientes al accidente o exposición del trabajador. Para que el director pueda llevar a cabo esta acción, el reclamo debe presentarse ante el departamento en los noventa días siguientes a la fecha en la que fue emitida la determinación de supresión de reclamo.

RCW 51.28.050: Ninguna solicitud será válida ni ningún reclamo a este respecto será aplicable a menos que se presenten dentro del período de un año siguiente al día en el cual se produjo la lesión o los derechos de los dependientes o beneficiarios se hayan acumulado, excepto por lo estipulado en RCW 51.28.055 y en 51.28.025(5).

Información del trabajador (Cualquiera puede ayudar al trabajador a completar este formulario y a presentar una queja).

Nombre completo del trabajador		Fecha	
Dirección actual		Número de teléfono	
Ciudad	Estado	Código postal	
¿Habla inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿En qué idioma prefiere comunicarse con Labor e Industrias?		
¿Se lesionó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de reclamo de la lesión (en caso de que corresponda)	Fecha de la lesión (en caso de que corresponda)	
¿Faltó al trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ya regresó a trabajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Lo despidieron? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Aún está bajo atención médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de su proveedor médico	Presunta fecha en la que se produjo la supresión del reclamo	

Información del abogado (Complete esta sección si tiene un abogado o si usted es un abogado que presenta este reclamo).

¿Tiene un abogado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre del abogado		Número de teléfono del abogado	
Dirección del abogado	Ciudad	Estado	Código postal

Información del empleador

Empleador	Nombre del negocio (en caso de que sea diferente)		
Tipo de negocio	Número de teléfono del negocio		
Nombre del supervisor	Fecha de contratación		
Departamento en el que trabajó	Cargo		
Dirección del negocio			
Dirección del negocio - Segunda línea	Ciudad	Estado	Código postal

¿Qué fue lo que su empleador dijo o hizo para evitar que usted presentara un reclamo por indemnización para el trabajador? Si necesita más espacio, adjunte páginas adicionales

Si hubo testigos de las acciones del empleador, indique sus nombres, direcciones y números de teléfono.

¿Ha presentado su queja ante algún otro organismo?

Sí No

Si la respuesta es "Sí", indique cuáles organismos ha contactado.

Declaro, bajo penalización por perjurio, que la información aquí provista es verídica según mi conocimiento.

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

**Envíe los formularios
completados a:**

Department of Labor and Industries
Investigations
PO Box 44277
Olympia WA 98504-4277

O envíe por correo electrónico a: CSIIDComplaints@Lni.wa.gov