


Formulario AR-C	COMISIÓN DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE ARKANSAS	
	324 Spring Street, Little Rock, AR 72201 Correo: P.O. Box 950, Little Rock, AR 72203-0950 501-682-3930 / 1-800-622-4472	
Autoridad: Ark. Code Ann., apartado 11-9-702 Revisado: 1-1-2005 Actualizada: 08-31-06		

RECLAMACIÓN DE COMPENSACIÓN

DATOS DEL EMPLEADO (utilizar tinta y mayúsculas)

Apellido	Nombre	Inicial de 1 2 nd nombre	# de la Seguridad Soc.	Fecha de nacimiento	(Prefijo), número de teléfono particular
Dirección o apartado de correos			Ciudad		Estado Código postal
¿Tiene obligación de pagar manutención de sus hijos? <input type="checkbox"/> Estoy al corriente <input type="checkbox"/> Estoy atrasado/a <input type="checkbox"/> Pagaderos a:					

DATOS DEL EMPLEADOR (utilizar mayúsculas)

Nombre del empleador (denominación con la que opera)				(Prefijo), número de teléfono del empleador	
Dirección del empleador			Ciudad del empleador		Estado Código postal

INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE (utilizar mayúsculas)

Aseguradora de compensación de los trabajadores del empleador (si se conoce)	Lugar del accidente (ciudad, estado)	Fecha del accidente
Describa brevemente la parte del cuerpo lesionado y la causa de la lesión: _____ _____ _____ _____		

INFORMACIÓN DE LA RECLAMACIÓN (utilizar mayúsculas)

Si se trata de una reclamación de beneficios **iniciales** (no ha recibido beneficios médicos o de indemnización), ¿qué tipo de beneficios está reclamando?
 Discapacidad total temporal
 Discapacidad parcial temporal
 Discapacidad parcial permanente
 Discapacidad total permanente
 Rehabilitación
 Gastos de abogados
 Gastos médicos
 Otras (explicar):

Si se trata de una reclamación de beneficios **adicionales**, ¿qué tipo de beneficios concretas está reclamando?
 Discapacidad total temporal adicional
 Discapacidad parcial temporal adicional
 Discapacidad parcial permanente adicional
 Gastos médicos adicionales
 Rehabilitación
 Gastos de abogados
 Otras (explicar):

Si el empleado ha fallecido y se trata de una reclamación de beneficios por fallecimiento, indicar el nombre y la dirección de todos los que reclamen dichas beneficios: _____

Indique cualquier persona o entidad (con dirección y número de teléfono) que haya pagado alguna prestación dentro de una póliza de salud colectiva, discapacidad o pérdida de ingresos por la lesión a la que se refiere este formulario: _____

Por la presente autorizo a cualquier hospital, médico, psicoterapeuta o profesional sanitario a suministrar al portador cualquier dato, verbal o escrito, incluidos, entre otros, copias de los registros médicos relativos a mi estado físico, mental o emocional pasado, presente o futuro. Por la presente renuncio a mi privilegio médico (y psicoterapeuta o profesional sanitario)-paciente. Una copia fotostática de la presente autorización será tan válida como y efectiva como el original.

Fecha: _____ Firma: _____

Si quien realiza la reclamación es representado por un abogado, el representante legal debe firmar a continuación en virtud del Ark. Code Ann., apartado 11-9-717.

_____ Firma

_____ Nombre y dirección del abogado

Formulario C de la AWCC
(Reclamación de compensación)

El **apartado 11-9-702 del Ark. Code Ann.** permite a los empleados o sus dependientes presentar reclamaciones y establecer límites temporales para dichas reclamaciones.

Este es el formulario establecido de la AWCC para esta acción. Se presenta directamente ante la AWCC, normalmente a través del demandante o sus abogados.

En el **formulario C** debe prestarse atención a:

1. Escribir o imprimir con tinta. No utilizar lápices.
2. La información debe ser completa.
3. Se necesita la denominación comercial del empleador, no el nombre de su capataz o supervisor.
4. La fecha del incidente es esencial. Si no hay una fecha concreta, como en el caso de las enfermedades, se debe indicar la fecha en que lo conoció el empleado.
5. Debe indicarse la dirección del empleador para que la AWCC pueda ponerse en contacto con él.
6. El empleado debe firmar al pie.

Las preguntas concretas acerca del formulario C pueden ser respondidas por la División del Asesor Legal (1-800-520-2511 o 501-682-3930). Puede obtenerse información general de la División de Servicios de Soporte (1-800-622-4472 o 501-682-3930).

Ark. Code Ann., apartado 11-9-106(a): “Cualquier persona o entidad que realice consciente y voluntariamente una declaración o afirmación sustancial falsa o que omita u oculte consciente y voluntariamente un dato sustancial, o que utilice consciente y voluntariamente un dispositivo, sistema o artificio para: obtener una prestación o pago, engañar o aumentar o reducir ilegítimamente cualquier reclamación de beneficiarios o pagos, u obtener o evitar la cobertura de compensación para los empleados o evitar el pago de la prima de seguro correspondiente, o que ayude e induzca a cualquiera de estos fines, será, en virtud del presente capítulo, culpable de un delito de Clase D. El cincuenta por ciento (50%) de cualquier multa penal impuesta y cobrada en virtud de... este artículo se pagará y adjudicará de acuerdo con la legislación aplicable al Fondo de Discapacidad Total Permanente y Fallecimiento administrado por la Comisión de Compensaciones de los Trabajadores.”

La sección 11-9-115 de los estatutos del estado de Arkansas requiere que trabajadores que soliciten beneficios por medio del sistema de compensación a trabajadores declaren si tienen la obligación de pagar por el soporte o manutención de un menor, para quien es el pago, y si los pagos están al corriente o están pendientes.

Ark. Code Ann., apartado 11-9-717: (resumen) Cualquier persona o representante que firme una reclamación, solicitud de beneficiarios, controversia de beneficiarios, solicitud de vista o documento de otro tipo de una parte, certifica que esta acción se emprende tras realizar unas investigaciones razonables, que está bien fundamentada en hechos, que está garantizada por la legislación en vigor o un argumento de buena fe para la ampliación, modificación o inversión de la legislación en vigor y que no se interpone para ningún fin ilegítimo o para provocar un retraso. Quienes incumplan la presente disposición podrán ser objeto de sanciones, que pueden incluir el pago de los gastos razonables en que incurran terceros y los gastos de abogados razonables por reaccionar a la reclamación, solicitud o moción, o por la falta de comparecencia en una vista, declaración u otra acción programada.