State of California
Department of Industrial Relations
DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION

Estado de California
Departamento de Relaciones Industriales
DIVISION DE COMPENSACIÓN AL TRAJABADOR

WORKERS' COMPENSATION CLAIM FORM (DWC 1)

PETITION DEL EMPLEADO PARA DE COMPENSACION 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 dated copy from your employer. You may call the Division of Workers' Compensation at (800)-736-7401. An explanation of workers' compensation benefits is included as the cover sheet of this form.

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

Empledo: *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 hablar con la Division de Compensación al Trabajador al **(800) 736-7401 para oir información gravada.** En la hoja cubierta de esta forma esta la 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.

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 causa que se produzca cualquier declaración material or representación 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. *Direcction/lugar donde occurio 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.* _____

Employer ---- complete this section and see note below. ***Empleador -- complete esta sección y note la notación abajo.***

9. Name of employer. *Nombre del empleador.* Merced County Office of Education
10. Address. *Dirección.* 632 W. 13th Street, Merced, CA 95340
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.* Claims Management Inc., P.O. Box 3042, Sacramento, CA 95812
15. Insurance Policy Number. *El número de la póliza del Seguro.* Self Insured Certificate 5534-013
16. Signature of employer representative. *Firma del representante del empleador.* _____
17. Title. *Título.* Safety and Loss Control Specialist 18. Telephone. *Teléfono.* (209) 381-6637

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 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.*

EL FIRMAR ESTA FORMA NO SIGNIFICA ADMISION DE RESPONSABILIDAD

☐ Employer copy/ *Copia del Empleador* ☐ Employee copy/ *Copia del Empleado* ☐ Claims Adminstratior/ *Administrador de Reclamos* ☐ Temporary Receipt/ *Recibo del Empleado*

7/1/04 Rev.