

**SOLICITUD PARA MEDIACIÓN O AUDIENCIA - FORMULARIO A**

Departamento de Trabajo y Oportunidad Económica de Michigan  
 Agencia de Compensación de La Discapacidad de los Trabajadores  
 P.O. Box 30016, Lansing, MI 48909

<input type="checkbox"/> Tipo de solicitud Penalización	<input type="checkbox"/> inicial únicamente
<input type="checkbox"/> Modificada	<input type="checkbox"/> Rehabilitación vocacional

<p><i>ESTE FORMULARIO ES PARA USO EXCLUSIVO DE LOS EMPLEADOS.                  SE DEBE LLENAR UN WC-104A INDIVIDUAL PARA CADA EMPLEADOR. SE DEVOLVERÁN LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS.</i></p>					
1. NOMBRE DEL EMPLEADO (Apellido, nombre, nombre intermedio)			2. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:		3. FECHA DE NACIMIENTO
4. NÚMERO DE CALLE Y NOMBRE			8. ESTADO CIVIL		
5. CIUDAD			6. ESTADO		7. CÓDIGO POSTAL
9. SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			10. FECHA DE FALLECIMIENTO (Si aplica)		
11. NOMBRE DE LOS DEPENDIENTES			12 RELACIÓN CON EL EMPLEADO		13. FECHA DE NACIMIENTO
14. NOMBRE DEL EMPLEADOR			20. FECHAS DEL EMPLEO		
15. NO. DE IDENTIFICACIÓN FEDERAL (Si se conoce)			DE:		A:
16. DIRECCIÓN DE CALLE:			21. PERCEPCIONES		
17. CIUDAD			18 ESTADO		19. CÓDIGO POSTAL
24 FECHA(S) EN QUE OCURRIÓ LA LESIÓN			DURACIÓN DE LA DISCAPACIDAD		ASEGURADORA (NO LLENAR)
			DE		AA
23 CONDADO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN			22 CIUDAD DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN		
25 DESCRIBA LA NATURALEZA DE LA DISCAPACIDAD Y LA FORMA EN COMO OCURRIÓ LA LESIÓN O DISCAPACIDAD, Y ESPECIFIQUE EL RECURSO QUE BUSCA.					
26 ¿EL EMPLEADOR TENÍA A OTRO EMPLEADO CUANDO OCURRIÓ LA LESIÓN? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA FUE SÍ, MENCIONE EL NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR Y SALARIO SEMANAL ANTES DE IMPUESTOS.					
¿SE HA INTERPUESTO UNA RECLAMACIÓN A ESTE SEGUNDO EMPLEADOR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
27. ¿EL EMPLEADO HA TENIDO ALGÚN EMPLEO DESDE LA FECHA DE LA LESIÓN? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA FUE SÍ, MENCIONE EL NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR.					
28. ¿ESTA SOLICITUD INVOLUCRA UNA RECLAMACIÓN DISPUTADA DE BENEFICIOS MÉDICOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA FUE SÍ, INDIQUE EL MONTO APROXIMADO.					
29. ¿ESTA SOLICITUD INVOLUCRA UNA RECLAMACIÓN DISPUTADA DE BENEFICIOS DE PÉRDIDA DE SALARIOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA FUE SÍ ¿LA DISCAPACIDAD HA TERMINADO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
30. ¿EL EMPLEADO A REGRESADO A TRABAJAR? SI LA RESPUESTA FUE SI, INDIQUE FECHA DE RETORNO ___/___/___ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					

31. ¿ES ESTE UN CASO EN EL CUAL SE PAGARON VOLUNTARIAMENTE BENEFICIOS DE PÉRDIDA DE SALARIO Y HAN SIDO TERMINADOS EN EL PLAZO DE LOS ÚLTIMOS 60 DÍAS?  SÍ  NO

32. ¿INVOLUCRA UNA RECLAMACIÓN DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL?  SÍ  NO

33. ¿SE ESTÁ PRESENTANDO UNA RECLAMACIÓN EN CONTRA DE UNO DE LOS FONDOS?  SÍ  NO  
SI LA RESPUESTA FUE SÍ, MENCIONE EL NOMBRE DEL FONDO Y LA SECCIÓN ESPECÍFICA DE LA LEY.

34. OTROS BENEFICIOS  
(Indique cuáles de los siguientes beneficios recibirá o ha recibido con base en su empleo con este empleador durante los periodos de discapacidad indicados en esta solicitud)

A.  SEGURIDAD SOCIAL POR TERCERA EDAD \_\_\_\_\_ SEMANAL/MENSUAL      E.  BENEFICIOS DE DESEMPLEO \_\_\_\_\_ SEMANAL/MENSUAL

B.  PENSIÓN O PLAN DE JUBILACIÓN \_\_\_\_\_ SEMANAL/MENSUAL      F.  POLÍTICA DE SEGURO DE DISCAPACIDAD \_\_\_\_\_ SEMANAL/MENSUAL

C.  SEGURO DE ENFERMEDAD Y ACCIDENTE \_\_\_\_\_ SEMANAL/MENSUAL      G.  PLAN DE SEGURO POR CUENTA PROPIA \_\_\_\_\_ SEMANAL/MENSUAL

D.  PLAN DE CONTINUACIÓN DE SALARIO \_\_\_\_\_ SEMANAL/MENSUAL      H.  PLAN DE COMPARTICIÓN DE GANANCIAS \_\_\_\_\_ SEMANAL/MENSUAL

35. MENCIONE LOS NOMBRES Y DIRECCIONES DE LOS DOCTORES, HOSPITALES Y OTROS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA QUE LE ATENDIERON EN CUALQUIER FECHA DE LESIÓN LISSTADA EN PTO. #24.

NOMBRE	DIRECCIÓN (Calle, número y nombre)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

36. MENCIONE LOS NOMBRES Y DIRECCIONES DE CUALQUIER TESTIGO (No mencione los nombres de testigos que actualmente sean empleados del empleador nombrado)

NOMBRE	DIRECCIÓN (Calle, número y nombre)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

37. TENGO LA INTENCIÓN DE CONVOCAR TESTIGOS QUE ACTUALMENTE SEAN EMPLEADOS DEL EMPLEADOR NOMBRADO.  SÍ  NO

<b>Hacer declaraciones falsas o fraudulentas a efectos de obtener o rechazar beneficios puede derivar en procesos penales y civiles, o ambos, y en la negación de los beneficios.</b>	AUTORIDAD: Ley de Compensación de Discapacidad de los Trabajadores 418,222; 418,847; R 408.34 COMPLETAD Voluntario O: SANCIÓN: Ninguna
---	---

**CERTIFICACIÓN Y FIRMA**

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA A MI LEAL SABER Y ENTENDER. CERTIFICO ASIMISMO QUE A LA FECHA ACTUAL HE ENVIADO A MI EMPLEADOR O A SU ASEGURADORA COPIAS DE TODO REGISTRO MÉDICO PERTINENTE A ESTA RECLAMACIÓN QUE ESTÉ EN MI POSESIÓN.

FIRMA DEL SOLICITANTE	NÚMERO DE TELÉFONO (      )	FECHA
-----------------------	--------------------------------	-------

**IDENTIFICACIÓN DEL ABOGADO**

NOMBRE DEL ABOGADO	NOMBRE DEL DESPACHO JURÍDICO	ID. DEL ABOGADO <b>P.</b>	
DIRECCIÓN (Calle, número y nombre)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
FIRMA DEL ABOGADO	NÚMERO DE TELÉFONO (      )	FECHA	

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO WC-104A

Departamento de Trabajo y Oportunidad Económica de Michigan  
Agencia de Compensación de La Discapacidad de los Trabajadores  
PO Box 30016, Lansing, MI 48909  
Llame sin costo al 1-888-396-5041

### ESTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO SOLO POR EL (O EN NOMBRE DEL) EMPLEADO

La solicitud completa debe ser enviada por correo a la Agencia de Compensación de La Discapacidad de los Trabajadores a la dirección mencionada con anterioridad. Envíe solo una copia.

Si necesita espacio adicional al que se proporciona en el formulario, use una hoja de papel individual para incluir la información adicional.

#### TIPO DE SOLICITUD

Inicial	Esta casilla debe marcarse si <b>no</b> existe un formulario 104A pendiente previamente presentado.
Modificada	Esta casilla debe marcarse si <b>existe</b> un formulario 104A pendiente previamente presentado.
Sanción únicamente	Esta casilla se debe marcar si la sanción prevista en la Sección 418.801 es el <b>único</b> punto en disputa. No marque esta casilla si la presente es también un asunto de derecho a beneficios.
Rehab. Voc. únicamente	Esta casilla se debe marcar si los servicios de rehabilitación vocacional la Sección 418,319 es el <b>único</b> punto en disputa. No marque esta casilla si hay una disyuntiva de derecho de beneficios.

#### NÚMEROS 1 - 13 -- INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Proporcione toda la información sobre el empleado lesionado. Se debe proporcionar el número de seguro social completo.

#### NÚMEROS 14 - 19 -- INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Complete el nombre y la dirección del empleador. Si se tiene el número de identificación federal de empleador (FEIN) de 9 dígitos, inclúyalo. **Se debe llenar un formulario WC-104A por cada empleador.**

#### NÚMEROS 20-24 - INFORMACIÓN DE SALARIOS Y LESIÓN

Las fechas de empleo deben incluir como mínimo el mes y el año. Proporcione información sobre el salario (encierre en un círculo por hora o semanalmente), y también la ciudad y el condado donde ocurrió la lesión. Mencione todas las presuntas fechas en que ocurrieron lesiones o períodos de incapacidad. No llene la información del asegurador; esta sección será atendida por la agencia.

## **NÚMERO 25 – TIPO DE DISCAPACIDAD**

Describa el tipo de lesión y cómo ocurrió, especifique el recurso buscado. Si esta solicitud involucra una cuestión relativa a una sanción, indique el período de tiempo para el que se solicita una sanción.

## **NÚMEROS 26-33**

Responda con sí o no y proporcione información adicional según corresponda.

## **NÚMERO 34 – OTROS BENEFICIOS**

La Ley de Compensación de Discapacidad de los Trabajadores le exige que divulgue todo beneficio que tenga o esté recibiendo del empleador durante los períodos de incapacidad indicados en la línea 24 de este formulario. Encierre en un círculo si la cantidad que se menciona es un monto semanal o mensual.

## **NÚMERO 35 – MÉDICOS, HOSPITALES, PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA**

Mencione los nombres y direcciones de quienes le proporcionaron atención médica en relación con la lesión o incapacidad.

## **NÚMEROS 36 Y 37 - TESTIGOS**

La Sección 222 de la Ley de Compensación de Incapacidad de los Trabajadores exige que usted incluya en la solicitud a todo testigo de su lesión en el trabajo, pero no incluya nombres de nadie que siga trabajando para el empleador. También indique si tiene la intención de convocar como testigos a las personas que actualmente sean empleados del empleador.

## **CERTIFICACIÓN Y FIRMA**

Con su firma en esta solicitud, usted hace constar que toda la información de la solicitud es fiel a su leal saber y entender. Además, la Ley de Compensación de Discapacidad de los Trabajadores requiere que, al momento de la presentación de un Formulario A de Solicitud de Mediación o Audiencia, usted debe proporcionarle al empleador o su aseguradora de compensación de los trabajadores todo expediente médico relacionado con esta lesión que está en su poder. Al enviar los registros médicos a la aseguradora o empleador, deben venir identificados con su nombre, el nombre y la dirección del empleador, la fecha de la lesión y cualquier otra información relevante. **Se devolverán las solicitudes que no vengán firmadas.**

## **IDENTIFICACIÓN DEL ABOGADO**

Si le representa un abogado, se debe completar toda la información en esta sección.