

## INFORME DE RECLAMACIÓN DEL EMPLEADO

Departamento de Licenciamiento y Asuntos Regulatorios - Agencia de  
Compensación del Trabajador  
P.O. Box 30016, Lansing, MI 48909

NOTA: Se enviará una copia de este formulario a su empleador y a la compañía aseguradora de compensación para los trabajadores. No envíe ningún informe médico con este formulario.

1. Nro. de seguro social	2. Fecha de la lesión	3. Fecha de nacimiento (mes/día/año)	4. Número telefónico del empleado		
5. Nombre del empleado (apellido, nombre, nombre intermedio)		10. Nombre del empleador:			
6. Dirección postal del empleado		11. Dirección postal del empleador			
7. Ciudad donde vive el empleado:	8. Estado	9. Código postal	12 Ciudad del empleador	13. Estado	14. Código postal
15. Describa el tipo de lesión y explique cómo ocurrió.					
16. ¿Está presentando una reclamación para el pago de gastos médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			17. Último día trabajado		
18 ¿Ha vuelto a trabajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, indique la fecha de regreso a labores _____			19. ¿Reportó la lesión a su empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, indique la fecha de regreso a labores _____		

**Hacer declaraciones falsas o fraudulentas a efectos de obtener o rechazar beneficios puede derivar en demandas civiles y penales, o ambos, y en la negación de los beneficios.**

20. Firma del empleado	21. Fecha de este informe
------------------------	---------------------------

### PARA USO DE LA OFICINA

Nombre de la aseguradora

LARA es un proveedor/programa con igualdad de oportunidades. Puede solicitar asistencia, servicios y otras acomodaciones auxiliares razonables para individuos con discapacidades.

Autoridad: Ley de Compensación de Discapacidad de los Trabajadores, 408.31(4)  
Completado: Voluntario  
Sanción: Ninguna