

DEMANDA DE REDECCIÓN

Michigan Department of Labor & Economic Growth
 Workers' Compensation Agency/Board of Magistrates
 PO Box 30016, Lansing MI 48909
 Departamento de Labor & Crecimiento Económico
 Agencia de Compensación para Trabajadores/Tribunal de Magistrados
 P O Box 30016, Lansing, MI 48909

(Servicio personal)	(Enviado)
el _____ de _____ de 20 _____	
Magistrado (letras de imprenta)	

Este documento tiene que ser escrito en máquina

Nombre del demandante	Número de seguridad social	Dirección
Empleador	Compañía de Seguros	

Si hay más de un empleador/compañía de seguros, complete y adjunte el formulario de redención del portador múltiple (BWC-113A).

Este acuerdo para redimir toda la responsabilidad de compensación del empleador al trabajador para las heridas sufridas por el demandante en las fechas siguientes: _____

_____ por un solo pago que ha sido considerado por un miembro de la Tribunal de Magistrados y parece que el acuerdo dicho debe ser APROBADO NEGADO .

POR ESO, ÉSTA ORDENADO que el acuerdo dicho para redimir la entera responsabilidad del empleador de los beneficios de compensación para el trabajador incapacitado por el pago de \$ _____ sea APROBADO NEGADO

\$ _____ el costo de anualidades, si son aplicables.

ADEMÁS, ESTÁ ORDENADO que la suma dicha sea pagada como sigue:

\$ _____ directamente a _____ (Número de identificación federal: _____) abogado del demandante para los emolumentos del abogado de \$ _____ y gastos relacionados con eso \$ _____.

\$ _____ directamente a _____ por los gastos médicos.

\$ _____ directamente a _____ por otras cosas además de los gastos médicos.

\$ _____ \$100.00 Estatutario cuota por la redención en nombre del demandante directamente al State of Michigan *. Puede ser pagado directamente por el demandante si esta demanda está negada.

\$ _____ directamente al demandante, el balance;

ADEMÁS, ESTÁ ORDENADO que el demandado remita el estatutario emolumento del demandado de \$100.00 directamente al State of Michigan.*

ADEMÁS, ESTÁ ORDENADO que el demandado complete el pago de compensación semanal de \$ _____ cada semana hasta el _____ de 20 _____.

Firmado el _____ de _____ de 20 _____ el condado de _____.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 Magistrado

Si una solicitud por cualquier parte para la revisión por el director, o aviso de revisión por el director por su propio motivo, no está archivado dentro de 15 días de servicio personal, o si está enviado, la fecha del correo de esta demanda, resultará que el Departamento de la Compensación de la Incapacidad de Trabajadores tiene la decisión final. *Se puede pagar los emolumentos de redención inmediatamente después del período de revisión. La negación de este acuerdo no descarga la responsabilidad de los emolumentos de redención. Envíe ud. una copia de esta demanda con su pago. Se puede pagar por cheque al State of Michigan y enviarlo a Department of Labor & Economic Growth, WCA Redemption Fees, PO Box 30646, Lansing, Michigan 48909.

Autoridad:	La Acta de Compensación de la Incapacidad de Trabajadores, 418.835; 418.836; 418.837
Completar la demanda:	Voluntario
Penalidad:	Ninguna