

# DECLARACIÓN QUE APOYA EL ACUERDO DE REDENCIÓN

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

\_\_\_\_\_

Demandante

\_\_\_\_\_

Demandado (a)

\_\_\_\_\_ Condado

Yo, \_\_\_\_\_, el (la) demandante en este pleito  
contra \_\_\_\_\_, el  
demandado (a), afirman que las siguientes declaraciones son ciertas y correctas:

1. Mientras estaba empleado por \_\_\_\_\_, el demandado (s), y me lesioné en o  
alrededor de \_\_\_\_\_ (la fecha).
2. He sido ofrecido la suma de \$ \_\_\_\_\_ para satisfacer mi compensación de  
trabajadores, tanto los beneficios médicos y semanales como la posible rehabilitación.
3. Entiendo que al aceptar esta cantidad de dinero estoy renunciando a todos los derechos de compensación para  
trabajadores que pueda tener contra este (estos) demandado (s) y su (s) compañía (s) de seguros.
4. He entrado voluntariamente en el acuerdo de redención.
5. Si he presentado una Solicitud de Mediación o Audiencia bajo la Acta de Compensación por Incapacidad de los  
Trabajadores de Michigan, la solicitud alega una condición compensable.
6. Mi abogado, o al magistrado, me ha explicado los derechos que tengo bajo la Acta de Compensación por  
Incapacidad de trabajadores y entiendo que este acuerdo de redención, si aprobado por el magistrado,  
extinguirá todos esos derechos.
7. He revelado completamente a mi abogado, o al magistrado, cualquier otro beneficio que esté recibiendo o  
tenga derecho a recibir y me han explicado qué efecto, si lo hubiera, podría tener al acuerdo de redención en esos  
otros beneficios. Esos otros beneficios son: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. He revelado completamente a mi abogado, o al magistrado, la naturaleza y el alcance las lesiones y / o  
discapacidades en las que incurrí durante mi empleo con el (la) demandado (a). Esas lesiones son: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(otro lado)

9. He declarado mi edad a mi abogado, o el magistrado y me han informado sobre la posible esperanza de vida de una persona de mi edad. Tengo \_\_\_\_\_ años. Mi esperanza de vida es de \_\_\_\_\_ años.
10. Yo (sí) (no) tengo seguro médico, seguro de incapacidad física o otro seguro relacionado. La cobertura de seguro que tengo son : \_\_\_\_\_
11. Mi estado civil es: \_\_\_\_\_. Tengo \_\_\_\_\_ dependientes.
12. He informado a mi abogado, o al magistrado si, a mi entender, cualquier otra persona o entidad tiene algún reclamo sobre el producto del acuerdo de redención. La persona que tiene tal derecho es:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. Mis gastos mensuales son: \_\_\_\_\_
14. Mis intenciones para el uso de los fondos recibidos como resultado del acuerdo de redención son: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
15. El monto de los beneficios de compensación para trabajadores que he recibido del demandado (s) o su (s) ompañía (s) de seguros como resultado de mis presuntas lesiones es: \_\_\_\_\_.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Firma del (la) demandante

Firmado y bajo juramento de yo mismo/a en el \_\_\_\_\_ en el  
condado de \_\_\_\_\_ de Michigan.

La fecha

\_\_\_\_\_  
Notario . Mi comisión expira \_\_\_\_\_.

LEO es un proveedor/programa con igualdad de oportunidades. Puede solicitar asistencia, servicios y otras acomodaciones auxiliares razonables para individuos con discapacidades.	Autoridad Completar la declaración: Penalidad:	La Acta de Compensación de la Incapacidad de Trabajadores, 418.836 Mandatario La redención no será vista
---	--	--