

Use este formulario solamente si usted piensa entregar la apelación en persona, enviarla por correo postal, o enviarla vía fax. No envíe este formulario como un documento adjunto a través de email o correo electrónico.

Si usted desea presentar su apelacion electrónicamente, el formulario que se debe usar lo puede encontrar en <https://fortress.wa.gov/biia/efiling/NewAppeals/BIIAS02.asp>.

Por favor haga sólo una de las dos, use este formulario, O envíe su apelación electrónicamente. No haga las dos cosas.

AVISO DE APELACIÓN

Estado de Washington Sólo para casos de Compensación al trabajador

Si usted no está de acuerdo con una decisión del Departamento de Labor e Industrias (L&I) con respecto a un reclamo de compensación al trabajador, este formulario puede ser usado para presentar una apelación a esa decisión. Usted debe presentar su apelacion ante el Consejo de Apelaciones al Seguro Industrial **DENTRO DE LOS 60 DÍAS** a partir de la fecha en que recibió la decisión del Departamento.

Board of Industrial Insurance Appeals
2430 Chandler Court SW
PO Box 42401
Olympia, WA 98504-2401
FAX: 360-586-5611 o 855-586-5611 (afuera de Olympia)

*** indica espacios que se deben llenar**

1. *Fecha de hoy: _____

2. Apelación presentada por:

- Abogado
- Beneficiario
- Representante legal
- Proveedor
- La persona misma
- Grupo Retro
- Otros _____

3. Apelación presentada en nombre de:

- Beneficiario
- Empleador
- Proveedor
- Trabajador/Reclamante
- Grupo Retro

4. Información del trabajador

*Nombre: _____	Nombre del Medio: _____	*Apellido _____
*Dirección: _____		
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
Teléfono-casa: _____	Teléfono-trabajo: _____	
Dirección de Email: _____		
¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Idioma? _____

5. Información sobre L&I

*Reclamo de L&I No.: _____	*Fecha de la decisión de L&I: _____
Fecha de lesionamiento o enfermedad ocupacional: _____	
Ciudad en la que ocurrió la lesión o enfermedad ocupacional: _____	
¿Qué pide usted? _____	

6. Información del empleador

* Nombre de la compañía: _____ Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Si la apelación fue presentada por el empleador, por favor indique:

Nombre de contacto: _____ Titulo: _____

Email: _____

¿Es usted parte de un grupo retro? Si No Si la respuesta es si, dé el nombre: _____

7. Información sobre la persona que lo preparó (si es diferente a lo escrito arriba)

Nombre de la persona que lo preparó: _____

Nombre del abogado _____ No. de Barra _____

Nombre de la Firma _____

Dirección de Email::: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Email para contactar: _____

8. Lugar

Yo deseo que los eventos se realicen en: _____ (Condado)

CERTIFICACIÓN

Nombre en imprenta: _____

Firma: _____