North Carolina Industrial Commission

IC File # _____

Emp. Code # _____

Carrier Code # _____

Employer FEIN _____

AVISO DE ACCIDENTE Y RECLAMO DEL EMPLEADO, REPRESENTANTE Ó DEPENDIENTE *(G.S. 97-22 HASTA 24)*

(Notice of Accident to Employer and Claim of Employee, Representative, or Dependent [*G.S. 97-22 through 24*])

El uso de esta forma se requiere bajo las provisiones de la Ley de Compensación Laboral para empleados.

The I.C. File # is the unique identifier for this injury. It will be provided by return letter and is to be referenced in all future correspondence.

Nombre del empleado

Nombre del empleador ( ) Número de teléfono

Domicilio

Domicilio del patrón

Ciudad Estado Código Postal

Ciudad Estado Código Postal

( ) Teléfono en el hogar ( ) Teléfono en el trabajo

Portador de Aseguranza

Número de Seguro Social ‘ M ‘ F Sexo / / Fecha de Nacimiento

EMPLEADO – Esta Forma debe ser enviada a la Comisión Industrial dentro los dos años siguiendo la fecha del la lesion ó enfermedad laboral ó su reclamo sera excluído. Avisele a su empleado tan pronto ocurra un accidente ó tan pronto sea posible dentro de 30 días de la fecha del acontecimiento. (Esta Forma debe ser usada tambien para reportar una enfermedad de oficio; sin embargo, para asbestosis, silicosis y byssinosis, La Forma 18B debe ser usada.)

Aviso se da por este medio, segun los requisitos de la ley, que el empleado sufrió una lesión ó contrajo una enfermedad de oficio descrito como sigue: _____ (Hora de la lesión) el _____ (Fecha (Requerido)) en _____ (Ciudad y Condado). Describa la lesión ó enfermedad incluyendo la parte del cuerpo específicamente envuelta (e.g.mano derecha, mano izquierda)

Describe cómo ocurrió la lesión ó la enfermedad de oficio: _____

Ocupación el día del accidente: _____ Naturaleza del negocio del empleador: _____

Fecha que empezó la incapacidad: _____ (Fecha) Fecha que volvio a trabajar ó estimado periódo de incapacidad: _____ (Fecha)

Compensación semanal: _____ Número de horas que trabaja cada dia: _____ Dias que trabaja por semana: _____

EMPLOYER: This notice is being sent to you in compliance with requirements of the North Carolina Workers' Compensation Act, in order that the medical services prescribed by the Act may be obtained; and, if disability extends beyond 7 days duration, or if death ensues, compensation may be paid according to law.

EMPLEADOR: Este aviso se le envia conforme con los requisitos del Acta de Compensación Laboral de Carolina del Norte; para poder obtener los servicios médicos prescritos por el Acta; y, si está incapacitado más de 7 días, o si resulta en la muerte, la indemnización obrera puede ser pagada según la ley.

Firma (Check One) Empleado, Abogado, Representante, ó Dependiente

( ) Número telefónico

Domicilio Ciudad Estado Código postal Fecha Completado

AVISO – Si el lesionado no puede firmar, entonces otra persona puede firmar por él. Esta forma debe ser llenad a máquina si es posible. El trabajador debe quedarse con una copia ya firmada, envie el original a la Comisión Industrial a la dirección que esta escrita en el mismo formulario, y envie una copia a su empleador.

FORMA 18
3/2004
PAGE 1 OF 1

For IC use ONLY
Nature_____
Body_____
Cause_____
SIC_____
Coder

FORMA 18

MAIL TO: ***NCIC - STATISTICS SECTION***
4334 MAIL SERVICE CENTER
RALEIGH, NORTH CAROLINA 27699-4334
MAIN TELEPHONE: (919) 807-2500
OMBUDSMAN: (800) 688-8349