

ACUERDO DE REMUNERACIÓN POR INCAPACITACIÓN

(G.S. 97-82)

Emp. Code # _____

Carrier Code # _____

Carrier File # _____

Uso de esta forma es requerido bajo las provisiones del Acta de Compensación Industrial

Employer FEIN _____

Nombre del empleado _____			Nombre del Empleador _____ ()		Número de teléfono _____	
Domicilio _____			Domicilio del Empleo _____		Ciudad Estado	
Ciudad Estado Código Postal _____			Código Postal _____		Portador de Aseguranza _____	
() Teléfono de hogar _____			() Telefono de trabajo _____		Domicilio del Portador Ciudad Estado Código Postal	
' H ' M / / _____			() ()		Número de teléfono del Portador Número de Fax	
Seguro Social o ITIN (W-7) _____			Sexo _____		Fecha de Nacimiento _____	

LOS INFRASCritos, CONVENIMOS Y ESTIPULAMOS POR ESTE MEDIO LO SIGUIENTE:

- Todas las partes involucradas están obligados y sujetos a las provisiones del Acta de Compensación Laboral y _____ es el carrier/administrador para el patrón.
El empleado sostuvo la lesión por accidente o el empleado contrajo una enfermedad laboral que se presento por y en el curso de su empleo en o _____.
- La lesión por accidente o enfermedad laboral dio lugar a las lesiones siguientes: _____.
- El empleado(a) fué ' no fué ' pagado por el día entero cuando ocurrió la lesión.
- Cuando ocurrió la lesión el salario promedio semanal del empleado, incluyendo tiempo suplementario y asignaciones, era \$ _____, conforme a verificación a menos que esté convenido de otra manera en la línea 9 abajo.
- Incapacidad a resultado de lesión o de enfermedad laboral comenzó _____.
- El empleador y la aseguranza/administrador emprenden por este medio a pagar remuneración al empleado al índice de \$ _____ por semana comenzando _____, y continuando por _____ semanas.
- El empleado ' ha / ' no ha retornado a trabajar para _____ el _____ con un salario semanal medio de \$ _____.
- Indique cualquier otro asunto convenido, incluyendo desfiguración, incapacidad parcial permanente, o parcial temporaria.: _____
- Si aplica, el Gravamen del Fondo de la Segunda Lesión es \$ _____. Cheque ' esta ' no est'á incluido
- La fecha de este acuerdo es _____. Fecha del primer pago: _____ Cantidad _____

_____ NOMBRE DEL EMPLEADOR	_____ FIRMA	_____ TÍTULO
_____ NAME ASEGURANZA / ADMINISTRADOR	_____ FIRMA	_____ TÍTULO
_____ FIRMA DEL EMPLEADO	_____ DOMICILIO	
_____ FIRMA DEL ABOGADO DEL EMPLEADO	_____ DOMICILIO	

MAIL TO:

NCIC - CLAIMS SECTION
4335 MAIL SERVICE CENTER
RALEIGH, NC 27699-4335
MAIN TELEPHONE: (919) 807-2500
OMBUDSMAN: (800) 688-8349

COMISIÓN INDUSTRIAL DE CAROLINA DEL NORTE

EL ACUERDO PRECEDENTE SE APRUEBA POR ESTE MEDIO:

EXAMINADOR DE DEMANDAS

FECHA

HONORARIO DE ABOGADO APROBADO

MARQUE SI NO TIENE ABOGADO.

MARQUE SI EL EMPLEADO ESTA EN CUIDADO MANEJADO.

**AVISO IMPORTANTE AL EMPLEADO QUE RECLAMA CHEQUES SEMANALES
ADICIONALES O PAGOS de SUMA GLOBAL**

Una vez que le paran sus cheques de remuneración, si usted reclama remuneración adicional, Usted debe notificar a la Comisión Industrial por escrito dentro del plazo de dos años a partir de la fecha del recibo de su ultimo cheque de remuneración o puede perder sus derechos a estos beneficios.

**AVISO IMPORTANTE AL EMPLEADO LASTIMADO ANTES DEL 5 DE JULIO 1994
QUE RECLAMA BENEFICIOS MÉDICOS ADICIONALES**

Si su lesión ocurrió antes del 5 de julio del 1994, tiene derecho a remuneración médica siempre que sea razonablemente necesario, y relacionado a su caso de compensación laboral, y es autorizado por el portador o la Comisión Industrial.

**AVISO IMPORTANTE AL EMPLEADO LASTIMADO EN O DESPUÉS DEL 5 de JULIO de 1994
QUE RECLAMA BENEFICIOS MÉDICOS ADICIONALES**

Si su lesión ocurrió en o después de julio del 5 de 1994, su derecho a una remuneración médica en el futuro depende de varios factores. Su derecho a futuros pagos de remuneración médica terminará dos años después de que su patrón o carrier/administrator paga cualquier remuneración médica u otra compensación, la que ocurre por último. Si usted piensa que necesitará compensación médica en el futuro, usted debe aplicar a la Comisión Industrial por escrito entre los dos años, o puede perder sus derechos este beneficio. Para aplicar puede utilizar la forma 18M de la Comisión Industrial.

NOTICIA IMPORTANTE AL EMPLEADOR

Una vez que el empleado firma este Acuerdo el empleador deber proporcionarle una copia de este documento. Falla de archivar la Forma 28B, Informe de Pagos de Remuneracion y Remuneración Médica, dentro de los 16 días después de el ultimo pago conforme a este acuerdo, poner al poner sujeto al empleador o al carrier/administrator a una sancion. Conforme a la regla 501, en el plazo de 20 días después del recibo del acuerdo ejecutado por el empleado, el patrón o el carrier/administrator debe someter el acuerdo a la Comisión industrial, o debe demostrar buena causa para no someter el acuerdo.

NECESITA AYUDA ?

Si Usted tiene preguntas o necesita ayuda y Usted no tiene un abogado, Llame a la Comission Industrial al (800) 688-8349.

MAIL TO:

FORMA 21
9/04
PAGE 2 OF 2

FORMA 21

**NCIC - CLAIMS SECTION
4335 MAIL SERVICE CENTER
RALEIGH, NC 27699-4335
MAIN TELEPHONE: (919) 807-2500
OMBUDSMAN: (800) 688-8349**