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*])

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.

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

Declaración de Divulgación de Número de Seguro Social

La Ley de Registros Públicos de Norte Carolina (N.C. Est. Gen. § 132-1.10) permite que la Comisión Industrial de Norte Carolina pida el número de seguro social de un individuo cuando el hacer tal cosa sea imperativo a la realización de sus deberes y responsabilidades. El propósito tras el pedir el número de seguro social de usted en este formulario es para que la Comisión industrial pueda verificar el empleador correcto con el North Carolina Department of Commerce ("Departamento de Comercio de Norte Carolina"), Division of Employment Security ("División de Seguridad de Empleo") y poder identificar cobertura de seguro de compensación laboral. La divulgación de un número de seguro social por un individuo a la Comisión Industrial es voluntaria. Números de seguro social son confidenciales y exentos de revelación pública por la Comisión Industrial. La Comisión Industrial no podrá compartir el número de seguro social de usted a menos que sea así permitido según N.C. Est. Gen. § 132.10.

Nombre del empleado

Domicilio

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono en el hogar Teléfono en el trabajo

☐M ☐F

Número de Seguro Social Sexo Fecha de Nacimiento

Nombre del empleador Número de telefóno

Domicilio del patrón

Ciudad Estado Código Postal

Portador de Aseguranza

EMPLEADO – Esta Forma debe ser enviada a la Comisión Industrial dentro los dos años siguiendo la fecha del la lesión o enfermedad laboral o su reclamo será excluído. Deberá avisarle a su empleador immediatamente después del accidente o tan pronto sea posible dentro de 30 días. (Esta Forma debe ser usada también 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:_____el_____en_____. Describa la lesión ó enfermedad
Hora de la lesión Fecha (Requerido) Ciudad y Condado

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:_____

Número de días fuera del trabajo debido a la lesión:_____

Recibió tratamiento medico: ☐Si ☐No

Compensación semanal:_____Número de horas que trabaja cada dia:_____Dias que trabaja por semana:_____

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 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 esta forma, entonces otra persona puede firmar por él. Esta forma debe ser llenada a máquina si es posible, o con su letra en tinta negra. El trabajador debe quedarse con una copia, envie el original a la Comisión Industrial a la dirección que esta escrita en el mismo formulario, y envie una copia a su empleador.

For IC use ONLY
Nature_____
Body_____
Cause_____
SIC_____
Coder

FORMA 18

ATTORNEYS: FILE VIA EDFP
HTTP://WWW.IC.NC.GOV/DOCFILING.HTML
EMPLOYEES: E-MAIL TO: **FORMS@IC.NC.GOV**
OR MAIL TO: **NCIC - CLAIMS SECTION**
1235 MAIL SERVICECENTER
RALEIGH, NC 27699-1235
MAIN TELEPHONE**: (919) 807-2500** HELPLINE: **(800) 688-8349**

Informacion General Del Formulario 18

1. Qué es la Forma 18?

La forma 18 establece un reclamo legal al reportar heridas que hayan resultado de un accidente de trabajo. Debe ser sometida dentro de 2 años de la fecha de accidente o diagnóstico de la enfermedad de oficio. También satisface el requisito de notificarle al patrón por escrito, que ha ocurrido un accidente en el trabajo. Esta notificación debe ser entregada al patrón dentro de 30 días del acontecimiento o puede notificarlo verbalmente. El patrón tiene la obligación por ley de someter una Forma 19 si usted pierde un día de trabajo por resultado del accidente o si los gastos médicos exceden $4,000. Sin embargo, la Forma 19 no satisface la obligación del trabajador a someter una reclamación. El trabajador debe someter la Forma 18 para protejer sus derechos aunque esté recibiendo benficios o aunque la Comisión Industrial tenga un expediente abierto de su accidente.

2. A quién se le debe enviar la Forma 18?

La forma original debe ser enviada a la Comisión Industrial a la dirección que está en el mismo papel. El trabajador lesionado debe mantener una copia y otra copia debe ser entregada al patrón cuando ocurre la lesión.

3. Qué números debo escribir en la esquina superior derecha?

Usted no tiene que escribir nada en la esquina superior derecha en la Forma 18. Si Ud. sabe que su empleador ya sometió el reporte de la lesión (Forma 19) y usted sabe cuál es el número de archivo de IC (de la Comisión Industrial) usted puede escribir ese número en el espacio que dice “IC File #”. Si usted no tiene todavía un número de IC, entonces la Comisión Industrial le asignará un número cuando la forma sea procesada. Los otros tres espacios “Emp. Code No.,” “Carrier Code No.,” y “Employer FEIN” son para uso interno solamente.

4. Qué pasa si yo no sé cuál es el portador de seguro que tiene mi patrón?

Si usted no sabe quién es el portador de seguro, le puede preguntar a su patrón o puede llamar a la Comisión Industrial para obtener información al 1-800-688-8349 (marque el numero 3) o puede dejar esa línea en blanco.

5. Cuando se lista el número de días fuera del trabajo, cuentan los días parciales?

Si, Ud. debe incluir tanto el tiempo parcial como los días calendarios completos que no haya trabajado. Sin embargo, los días no necesitan ser consecutivos.

6. Qué pasa después que yo envié la Forma 18?

La Comisión Industrial le enviará una carta de reconocimiento después que la Forma 18 sea procesada. El período de procesamiento puede variar de acuerdo al cargo de trabajo. La Comisión Industrial también le va a enviar una copia de reconocimiento al portador de seguro, pidiéndole a ellos que lo contacten y le informen si le van a pagar los beneficios voluntariamente.