

Primer informe

Voz: (800) -332--6102 • Correo electrónico: stfclaim@mt.gov • Fax: 406-495-5020
PO Box 4759 Helena, MT 59604-4759

También puede presentar su solicitud en línea visitando montanastatefund.com

Empleado lesionado

Apellido*	Nombre*	Inicial segundo nombre	Sexo* <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> No especificado	Fecha de nacimiento*	Número de Seguro Social*
Dirección postal* Dirección Ciudad Estado Código postal			Dirección de correo electrónico del empleado lesionado		Número de teléfono*
Dirección física Dirección Ciudad Estado Código postal			Nivel de estudios <input type="radio"/> Menos que la escuela secundaria <input type="radio"/> Diploma de secundaria/GED <input type="radio"/> Más que escuela secundaria		

Salarios

Fecha de contratación*	Fecha del último trabajo*	Situación de empleo* <input type="radio"/> Tiempo completo <input type="radio"/> Medio tiempo <input type="radio"/> Temporal <input type="radio"/> Voluntario <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Trabajo a destajo	Trabajó en el siguiente turno programado <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Fuera del trabajo más de 4 días laborales <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Salario completo pagado en función de la fecha de la lesión <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Salario continuo <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Frecuencia de pago <input type="radio"/> Hora <input type="radio"/> Día <input type="radio"/> Semana <input type="radio"/> Mes <input type="radio"/> Cada dos semanas		Salario	Dispone de licencia por enfermedad <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Se utilizó la baja por enfermedad <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Fecha de reincorporación al trabajo

Descripción del accidente

Fecha de la lesión*	Hora de la lesión	Descripción del accidente*			
Causa de la lesión		Parte del cuerpo*	Cargo*	Fecha en que comenzó la discapacidad*	Fecha de defunción
Nombres de testigos 1. 2.		Accidente reportado a*		Accidente en las instalaciones del empleador <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Localización del siniestro* Dirección Ciudad Estado Código postal			Fecha en que el empleador notificó*	Se proporciona equipo de seguridad <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Se usó el equipo de seguridad <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Firma del empleado lesionado

"Este es mi reclamo de beneficios de indemnización para trabajadores debido a lesiones en el trabajo, enfermedad ocupacional o muerte del trabajador mencionado anteriormente. Entiendo que la firma en este reclamo de indemnización autoriza la divulgación a la aseguradora de indemnización de trabajadores (y sus agentes) y al Fondo de Empleadores No Asegurados de Montana sobre lo siguiente: registros del Seguro Social; registros de rehabilitación; e información de atención médica (registros médicos, de conformidad con la ley HIPAA, Ley Pública 104-191, 42 USC sección 1301, et. seq., y la sección 39-71-604, MCA) que son directamente relevantes para la lesión, enfermedad o muerte reclamada. Asimismo, entiendo que si obtengo o ejerzo control no autorizado sobre los beneficios de indemnización para trabajadores a los que no tengo derecho, puedo ser procesado por robo".

Firma del empleado lesionado, beneficiario o tutor _____

Fecha _____

Datos médicos

Médico tratante u hospital Médico: Hospital:		Dirección del proveedor médico Dirección Ciudad Estado Código postal			
Número de teléfono del proveedor médico	Tipo de tratamiento médico recibido* <input type="radio"/> Ningún tratamiento <input type="radio"/> Se buscará tratamiento <input type="radio"/> Sala de urgencias/Hospital <input type="radio"/> Tratamiento en el lugar por el empleador o el centro médico <input type="radio"/> Clínica/Atención médica urgente				

Empleador

Nombre del empleador*	Hace negocios como*	Número de identificación del empleador federal (número de identificación fiscal)			
Dirección postal* Dirección Ciudad Estado Código postal			Número de teléfono*	Lugar de operación, si es diferente de la dirección postal	
¿Tiene alguna razón para cuestionar este accidente?*		Realizado por*	Cargo oficial*	Número de teléfono*	Fecha
En caso afirmativo, nos pondremos en contacto con usted para darle más información. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
Número de póliza*	Persona de contacto*	Número de teléfono de la persona de contacto*	Correo electrónico de la persona de contacto		
Código de clasificación de nómina bajo el cual informa los salarios de los empleados		Firma del empleador autorizado	Fecha		

* Indica campo requerido