

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* ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ 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 ☐ Menos que la escuela secundaria ☐ Diploma de secundaria/GED ☐ Más que escuela secundaria		

Salarios

Fecha de contratación*	Fecha del último trabajo*	Situación de empleo* ☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo ☐ Temporal ☐ Voluntario ☐ Otra ☐ Trabajo a destajo	Trabajó en el siguiente turno programado ☐ Sí ☐ No	Fuera del trabajo más de 4 días laborales ☐ Sí ☐ No	Salario completo pagado en función de la fecha de la lesión ☐ Sí ☐ No	Salario continuo ☐ Sí ☐ No
Frecuencia de pago ☐ Hora ☐ Día ☐ Semana ☐ Mes ☐ Cada dos semanas		Salario	Dispone de licencia por enfermedad ☐ Sí ☐ No	Se utilizó la baja por enfermedad ☐ Sí ☐ 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* ☐ Sí ☐ No		Accidente en las instalaciones del empleador ☐ Sí ☐ No	
Localización del siniestro* Dirección Ciudad Estado Código postal			Fecha en que el empleador notificó*	Se proporciona equipo de seguridad ☐ Sí ☐ No	Se usó el equipo de seguridad ☐ Sí ☐ 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* ☐ Ningún tratamiento ☐ Se buscará tratamiento ☐ Sala de urgencias/Hospital ☐ Tratamiento en el lugar por el empleador o el centro médico ☐ 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?* En caso afirmativo, nos pondremos en contacto con usted para darle más información. ☐ Sí ☐ No		Realizado por*	Cargo oficial*	Número de teléfono*	Fecha
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

