

DECLARACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO

SUMINISTROS Y MEDICAMENTOS

Departamento de Capacitación Laboral
División de Indemnización por Accidentes
Laborales
 201 E. Washington Ave.
 P.O. Box 7901
 Madison, WI 53707
 Fax de litigios: (608) 260-3053
 Teléfono: (608) 266-1340
<https://dwd.wisconsin.gov/wc>

Complete este formulario antes de la conferencia previa a la audiencia (si hay una programada) y actualícelo antes de la audiencia formal. Lleve este formulario tanto a la conferencia como a la audiencia.

NOTA: deberá adjuntarse a este formulario una declaración detallada de cada gasto reclamado y entregarse a la División de Indemnización por Accidentes Laborales y a las demás partes de este caso al menos 15 días antes de la audiencia, de acuerdo con la sección 102.17(8) de los estatutos.

*Proporcionar su número de seguro social (Social Security Number, SSN) es voluntario. Si no se proporciona, puede producirse un retraso en el procesamiento de la información.
 El Departamento de Capacitación Laboral (Department of Workforce Development, DWD) administra la Ley de Indemnización por Accidentes Laborales, capítulo 102 estatutos de Wisconsin. La finalidad de este formulario es facilitar la obtención de información relacionada con el capítulo 102 o exigida por este. Diligenciar este formulario es voluntario y su omisión puede dar lugar a un retraso en la administración del Capítulo 102. El DWD puede utilizar la información de identificación personal (personally identifiable information, PII) que obtiene de usted en este formulario para fines distintos de aquellos para los que se está recopilando.

Número de siniestro WC	Nombre del empleado
Número del seguro social* del empleado	Nombre del empleador
Fecha de la lesión	Nombre de la compañía de seguros
¿Ha solicitado o está recibiendo beneficios del seguro social? Sí No	¿Ha solicitado o está cubierto por Medicare? Sí No En caso afirmativo, número de reclamación de Medicare:

Nombres de los proveedores de tratamientos, medicamentos o suministros	Total Cargos	Monto pagado por el solicitante	Monto pagado por otras compañías de seguros <i>(Indique los nombres de las compañías de seguros)</i>	Saldo no remunerado
TOTAL:				