

## SAMPLE NOTICE - Spanish

### Aviso de Pago Insuficiente de los Beneficios de Ingresos

Envíe el formulario a la aseguradora de compensación para trabajadores

#### I. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO LESIONADO

1. Nombre del Empleado (Nombre, Inicial, Apellido)		2. Número de Seguro Social del Empleado (últimos cuatro dígitos) <b>xxx-xx-</b>	
3. Dirección del Empleado (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)		4. Fecha de la Lesión (mm/dd/aaaa)	
5. Número de Teléfono del Empleado ( )		6. Correo Electrónico del Empleado (Opcional)	
7. Nombre del Abogado/Representante (si es que aplica)		8. Dirección del Abogado/Representante (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)	

#### II. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR (al momento de la lesión)

9. Nombre del Empleador	10. Dirección del Empleador (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)
-------------------------	--

#### III. INFORMACIÓN SOBRE LA ASEGURADORA

11. Nombre de la Aseguradora	12. Número de Reclamación de la Aseguradora
------------------------------	---

#### IV. EXPLICACIÓN POR PARTE DEL EMPLEADO REFERENTE AL PAGO INSUFICIENTE

13. Proporcione una explicación detallada que muestre que la aseguradora no le ha pagado a usted la cantidad total de los beneficios de ingresos que se le deben. Adjunte cualquier documentación que sea pertinente.	
14. Firma del Empleado Lesionado o Representante del Empleado Lesionado / Abogado	
15. Nombre en Letra de Molde del Empleado Lesionado o Representante del Empleado Lesionado / Abogado	16. Fecha en que se Firmó