



Debe completar todos los campos de este formulario, excepto la dirección de correo electrónico del empleado lesionado.

Complete este formulario y envíelo por fax al 1-866-336-8352 o envíelo a la oficina de servicio al cliente de BWC donde fue asignado su reclamo. El formulario está disponible en línea en bwc.ohio.gov.

Información del empleado lesionado		
Nombre del empleado lesionado	Fecha de la lesión	Número de reclamo
Dirección del empleado lesionado		
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico, si hubiese disponible		Número de teléfono
Nombre del empleador a la fecha de la lesión		

Información del representante		
*Puede tener solo un representante legal (un abogado o un estudio de abogados) y un representante sindical. **Su representante debe poseer un número de identificación como representante de BWC antes de ser designado como representante autorizado.		
Nombre del representante/estudio*		
Número de ID del representante de BWC	Número de teléfono	
Dirección del representante		
Ciudad	Estado	Código postal

Autorización	
Autorizo a la persona antes mencionada a ser mi representante autorizado. La autorización le permite al representante acceso a mi archivo completo de reclamo, incluso a información médica y de otra índole que allí esté detallada y a recibir correspondencia generada respecto del reclamo antes mencionado.	
Asimismo comprendo que:	
<ul style="list-style-type: none">• Si designo a un abogado o a un estudio de abogados, BWC retirará a cualquier abogado o estudio de abogados previamente designado como representante legalmente autorizado y que es mi responsabilidad notificar a los anteriores representantes legales de dicho cambio.• Si he autorizado previamente a una persona en este reclamo para que reciba mi cheque de indemnización del trabajador, comprendo que, si lo deseo, debo cancelar dicha autorización por escrito y en un documento separado.	
La anterior autorización se otorga a:	
Abogado <input type="checkbox"/> Estudio de abogados <input type="checkbox"/> Representante sindical <input type="checkbox"/> Otro (explique) <input type="checkbox"/>	
Firma del empleado lesionado	Nombre en letra de imprenta
	Fecha de la autorización