



Nombre del trabajador lesionado	Número de reclamo
Nombre del abogado	Identificación del representante

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO

- Este formulario debe llenarse en su totalidad, incluyendo el número de reclamo correcto.
- Debe presentarse una autorización individual por cada reclamo, así como por cada solicitud, moción u orden.

BWC no aceptará ninguna autorización que no se haya llenado en su totalidad o que se haya modificado, pero no rubricado, por la parte que haya modificado el formulario o que no se haya presentado dentro del tiempo especificado.

Los períodos de tiempo para presentar el formulario son los siguientes:

En todos los tipos de compensación, que no sean la solicitud de compensación por discapacidad permanente parcial (C-92), debe presentar la autorización para recibir el pago de compensación del trabajador:

- antes de la audiencia oral
- antes de la fecha de pago de la compensación (antes del otorgamiento) ya sea que la compensación se otorgue en la audiencia o sin audiencia.

Para cada compensación pagada conforme a la presentación de un formulario C-92, debe presentarse la autorización:

- junto con la solicitud, con el acuerdo de discapacidad parcial permanente;
- junto con la solicitud, con elección de discapacidad permanente parcial de parcial temporaria;
- con la Comisión Industrial de Ohio (IC) durante la audiencia;
- después de la audiencia pero antes de la fecha de enviar la orden por correo.

Por la presente autorizo y ordeno a BWC enviar por correo directamente a mi abogado el cheque de compensación correspondiente al reclamo indicado anteriormente, por la porción acumulada de mi indemnización conforme se especifica a continuación: Debe especificar la fecha de la solicitud, el pedido, la moción o la orden.

Solicitud, pedido, moción u orden con fecha ___/___/___ por los tipos de compensación especificados a continuación.

Marque todas las que correspondan.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Total temporal | <input type="checkbox"/> Impedimento de la capacidad de producir ingresos |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de salario | <input type="checkbox"/> Violación de requisitos específicos |
| <input type="checkbox"/> Cambio de ocupación | <input type="checkbox"/> Desfiguración del rostro |
| <input type="checkbox"/> Pérdidas programadas | <input type="checkbox"/> Liquidación en un solo pago |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad total permanente | <input type="checkbox"/> Porcentaje de parcial permanente |
| <input type="checkbox"/> Indemnización por muerte | <input type="checkbox"/> Adelanto en un solo pago |

Esta autorización conlleva la limitación de que mi abogado no tiene la autoridad de cobrar o endosar este cheque a nombre mío.

Las autorizaciones no continuarán teniendo validez después que dicha indemnización o indemnizaciones hayan sido pagadas. Las autorizaciones presentadas oportunamente serán aceptadas para cualquier audiencia, apelación o reconsideración del asunto original.

Esta autorización no es válida si se rinde más allá de 18 meses desde la fecha de mi firma.

Firma del trabajador lesionado	Fecha
--------------------------------	-------