



Información demográfica requerida

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

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO

- Complete este formulario en su totalidad, incluidos el número de reclamo correcto, la firma y la fecha.
- Debe presentarse una autorización individual por cada reclamo, solicitud, moción u orden.
- Envíe el formulario a BWC a través de uno de los siguientes medios:

Fax: 1-866-336-8352

Correo postal: BWC Mail Processing
Center Attn: Claims Services
30 W. Spring St.
Columbus, Ohio 43215-2256

BWC no aceptará ninguna autorización que no se haya llenado en su totalidad o que se haya modificado sin sus iniciales en la parte modificada, o que no se haya presentado dentro del tiempo especificado.

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

Para todo tipo de compensación, excepto en la solicitud de compensación de porcentaje parcial permanente (C-92), se deberá presentar la autorización para recibir el cheque de compensación al trabajador:

- Antes de la audiencia.
- 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 solicitud del formulario C-92 de un acuerdo de las partes sobre un porcentaje de la compensación parcial permanente, debe presentarse la autorización:

- Junto con la solicitud o con el acuerdo de discapacidad parcial permanente;
- Con la solicitud de la elección de parcial permanente en lugar de parcial temporal;
- Con la Comisión Industrial de Ohio durante la audiencia;
- Después de la audiencia, pero antes de la fecha de enviar la orden por correo.

A través de 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 ____/____/____ para 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 ingresos | <input type="checkbox"/> Violación de requisitos de seguridad específicos |
| <input type="checkbox"/> Cambio de ocupación | <input type="checkbox"/> Desfiguración facial |
| <input type="checkbox"/> Pérdidas programadas | <input type="checkbox"/> Acuerdo de Suma Global |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad total permanente | <input type="checkbox"/> Porcentaje de parcial permanente |
| <input type="checkbox"/> Beneficios por fallecimiento | <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.

Esta autorización dejará de tener validez después de que BWC haya pagado dicha indemnización o indemnizaciones en la solicitud original indicada arriba a menos que haya una audiencia, apelación o reconsideración después de que se haya efectuado el pago.

Esta autorización no es válida si se presenta después de los 18 meses a partir de la fecha de mi firma.

Firma y fecha requeridas

Firma del trabajador lesionado / reclamante	Fecha
---	-------