



**INSTRUCCIONES:**

- Este formulario es para uso del trabajador lesionado o del empleador y/o sus representantes autorizados para solicitar una decisión por parte de la Oficina de Compensación por Accidentes de Trabajo o la Comisión Industrial que no puede lograrse mediante ningún otro formulario o solicitud.
- Este formulario NO DEBE SER USADO POR PROVEEDORES DE SERVICIOS MÉDICOS O DE ORGANIZACIONES DE CUIDADOS DIRIGIDOS. Los proveedores de servicios médicos o las organizaciones de cuidados dirigidos deben utilizar el Formulario C-9, Solicitud por parte del médico de servicios médicos o recomendación de condiciones adicionales por lesión industrial o enfermedad relacionada con el trabajo.
- Debe presentarse evidencia con este formulario.
- El solicitante debe enviar por correo una copia de la moción a la parte contraria y/o a su representante autorizado y deberá indicar que se ha enviado una copia firmando el siguiente Certificado de Notificación:

Nombre del trabajador lesionado		Número de reclamo	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal de 9 dígitos

Esta MOCIÓN es una solicitud para considerar lo siguiente:

---

---

---

---

---

---

---

---

Se incluye la siguiente evidencia en apoyo de esta MOCION: (identifique las declaraciones juradas, los expedientes médicos u otros documentos)

---

---

---

---

---

---

---

---

**CERTIFICADO DE NOTIFICACIÓN:** Certifico que he enviado una copia de esta Moción a todas las partes y representantes que intervienen en el reclamo.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha de firma \_\_\_\_\_

Trabajador lesionado     Empleador     Representante autorizado

Director principal/Administrador de la Oficina de Compensación por Accidentes de Trabajo

*Distribución: Original – Copias de la presentación del reclamo – según sean necesarias*