



Complete este formulario en su totalidad y envíelo por fax al 1-866-336-8352, o envíelo a la oficina de servicio al cliente de la BWC adonde se asignó su reclamo.

El formulario está disponible en línea en www.bwc.ohio.gov.

Información del reclamante		
Nombre del solicitante	Fecha de la lesión	Número de reclamo
Dirección del reclamante		
Ciudad	Estado	Código postal
Correo electrónico, si está disponible	Número de teléfono	

Información del representante		
*Usted puede tener un solo apoderado (un abogado o una firma de abogados) y un representante del sindicato. **Su representante debe tener un número de identificación de representante de la BWC antes de ser designado como representante autorizado.		
Nombre del representante/de la firma*		
Número de ID. del representante de la BWC**	Número de teléfono	
Dirección del representante		
Ciudad	Estado	Código postal

Autorización	
Autorizo a la persona nombrada anteriormente para que sea mi representante autorizado. La autorización otorga el derecho al representante a acceder a mi expediente de reclamo completo, que incluye información médica u otra información, y a recibir correspondencia generada en el reclamo mencionado.	
Entiendo que:	
<ul style="list-style-type: none">• Si designo a un abogado o firma de abogados, la BWC eliminará a cualquier abogado o firma de abogados previamente haya designado como representante legal autorizado y es mi responsabilidad notificar a los representantes legales anteriores sobre el cambio;• Si anteriormente había autorizado a una persona en este reclamo para recibir mi cheque de indemnización del trabajador, entiendo que, si lo deseo, debo cancelar la autorización previa por separado por escrito.	
La autorización anterior se está dando a:	
Abogado <input type="checkbox"/> Firma de abogados <input type="checkbox"/> Representante sindical <input type="checkbox"/> Otro (por favor, explique.) <input type="checkbox"/>	
Firma del solicitante	Nombre en letra de imprenta
	Fecha de la autorización