EMPLOYEE'S CLAIM FOR WORKERS' INJURY BENEFITS

PETICION DEL EMPLEADO PARA BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR

If you are injured or become ill because of your job, you may be entitled to workers' injury benefits. Please complete this form and submit it to your employer.

Si usted se lesiona o se enferma debido a su trabajo, pudiera tener derecho a recibir beneficios de compensación al trabajador.

NOTICE: Indian Reservations are sovereign nations and are not subject to State or Federal Workers' Compensation laws. By completion of this form you are submitting to the sole jurisdiction of the Tribe.

AVISO: Las Reservaciones Indígenas son naciones soberanas y no están sujetas a als Leyes Federales y Estatales de Compensación al Trabajador. Al completar esta forma, usted se está sometiendo a la jurisdicción exclusiva de la Tribu y del Tribunal Indíjena.

Employee: *Empleado:*

1. Name. *Nombre.* _____ Today's Date. *Feche de Hoy.* _____
2. Home Address. *Direccion Residential.* _____
3. City. *Cuidad.* _____ State. *Estado.* _____ Zip. *Código Postal* _____
4. Date of injury. *Feche de la lesion (accidente).* _____ Time of Injury. *Hora en que occurrió.* ___ *a.m.* ___ *p.m.*
5. Address and description of where injury happened. *Dereccion/lugar dónde occurrió el accidente.* _____
6. Describe injury and part of body affected. *Describa la lesión y parte del cuerpo afectado.* _____
7. Social Security Number. *Numeró de Seguro Social del Empleado.* _____
8. Signature of employee. *Firma del empleado.* _____

Employer - complete this section and give the employee a copy immediately as a receipt.
Empleador - complete esta sección y déle inmediatamente una copia al empleador como recibo.

9. Name of employer. *Nombre del empleador.* _____
10. Address. *Derección.* _____
11. Date employer first knew of injury. *Feche en que empleador supo por primera vez de la lesión o accidente.* _____
12. Date claim form was provided to employee. *Feche en que el se le entregó al empleado la petición.* _____
13. Date employer received claim form. *Feche en que el empleado devolvió la peticion al empleador.* _____
14. Name of insurance carrier or adjusting agent. *Nombre de la compañia de seguros o agencia.*
    TRIBAL FIRST CLAIMS MANAGEMENT
15. Insurance Policy Number. *El numero de la póliza del Seguro.* _____
16. Signature of employer representative. *Firma del representate del empleador.* _____
17. Title. *Titulo* _____ 18. Telephone. *Teléfono* _____

Employer: Date this form and provide copies to TRIBAL FIRST CLAIMS ADMINISTRATION and the employee, dependent or representative who filed the claim.

Empleador: *Feche esta forma y proporcione copias a TRIBAL FIRST CLAIMS ADMINISTRATION y al empleado, dependiente o representante que haya presentado esta peticion*