

State of California  
Department of Industrial Relations  
DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION



**WORKERS' COMPENSATION CLAIM FORM (DWC 1)**

**Employee:** Complete the "Employee" section and give the form to your employer. Keep a copy and mark it "Employee's Temporary Receipt" until you receive the signed and dated copy from your employer. You may call the Division of Workers' Compensation and hear recorded information at (800) 736-7401. An explanation of workers' compensation benefits is included in the Notice of Potential Eligibility, which is the cover sheet of this form. Detach and save this notice for future reference.

You should also have received a pamphlet from your employer describing workers' compensation benefits and the procedures to obtain them. You may receive written notices from your employer or its claims administrator about your claim. If your claims administrator offers to send you notices electronically, and you agree to receive these notices only by email, please provide your email address below and check the appropriate box. If you later decide you want to receive the notices by mail, you must inform your employer in writing.

Any person who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement or material representation for the purpose of obtaining or denying workers' compensation benefits or payments is guilty of a felony.

Estado de California  
Departamento de Relaciones Industriales  
DIVISION DE COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR

**PETITION DEL EMPLEADO PARA DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR (DWC 1)**

**Empleado:** Complete la sección "Empleado" y entregue la forma a su empleador. Quédese con la copia designada "Recibo Temporal del Empleado" hasta que Ud. reciba la copia firmada y fechada de su empleador. Ud. puede llamar a la División de Compensación al Trabajador al (800) 736-7401 para oír información gravada. Una explicación de los beneficios de compensación de trabajadores está incluido en la Notificación de Posible Elegibilidad, que es la hoja de portada de esta forma. Separe y guarde esta notificación como referencia para el futuro.

Ud. también debería haber recibido de su empleador un folleto describiendo los beneficios de compensación al trabajador lesionado y los procedimientos para obtenerlos. Es posible que reciba notificaciones escritas de su empleador o de su administrador de reclamos sobre su reclamo. Si su administrador de reclamos ofrece enviarle notificaciones electrónicamente, y usted acepta recibir estas notificaciones solo por correo electrónico, por favor proporcione su dirección de correo electrónico abajo y marque la caja apropiada. Si usted decide después que quiere recibir las notificaciones por correo, usted debe de informar a su empleador por escrito.

Toda aquella persona que a propósito haga o cause que se produzca cualquier declaración o representación material falsa o fraudulenta con el fin de obtener o negar beneficios o pagos de compensación a trabajadores lesionados es culpable de un crimen mayor "felonia".

Employee—complete this section and see note above

Empleado—complete esta sección y note la notación arriba.

1. Name. *Nombre.* AARON KLEIN Today's Date. *Fecha de Hoy.* 06/21/2019

2. Home Address. *Dirección Residencial.* 13 WEST 9TH AVE

3. City. *Ciudad.* SAN FRANCISCO State. *Estado.* CA Zip. *Código Postal.* 98444

4. Date of Injury. *Fecha de la lesión (accidente).* 06/21/2019 Time of Injury. *Hora en que ocurrió.* 9:42 a.m. p.m.

5. Address and description of where injury happened. *Dirección/lugar dónde ocurrió el accidente.*  
WORKING OFFSITE ON THE CORNER OF 19TH AND GRAND

6. Describe injury and part of body affected. *Describe la lesión y parte del cuerpo afectada.*  
ELECTROCUTION ELECTROCUTION, HANDS

7. Social Security Number. *Número de Seguro Social del Empleado.*

8.  Check if you agree to receive notices about your claim by email only.  Marque si usted acepta recibir notificaciones sobre su reclamo solo por correo electrónico. Employee's e-mail. Correo electrónico del empleado.

You will receive benefit notices by regular mail if you do not choose, or your claims administrator does not offer, an electronic service option. *Usted recibirá notificaciones de beneficios por correo ordinario si usted no escoge, o su administrador de reclamos no le ofrece, una opción de servicio electrónico.*

9. Signature of employee. *Firma del empleado.*

Employer—complete this section and see note below. Empleador—complete esta sección y note la notación abajo.

10. Name of employer. *Nombre del empleador.* ACME CORPORATION

11. Address. *Dirección.* 99 SOUTH PARKWAY SAN FRANCISCO, CA 96555

12. Date employer first knew of injury. *Fecha en que el empleador supo por primera vez de la lesión o accidente.* 06/21/2019

13. Date claim form was provided to employee. *Fecha en que se le entregó al empleado la petición.*

14. Date employer received claim form. *Fecha en que el empleado devolvió la petición al empleador.*

15. Name and address of insurance carrier or adjusting agency. *Nombre y dirección de la compañía de seguros o agencia administradora de seguros.*  
THE HARTFORD 33 TRAFALGER AVE SAN FRANCISCO, CA 96885

16. Insurance Policy Number. *El número de la póliza de Seguro.* 987654321

17. Signature of employer representative. *Firma del representante del empleador.*

18. Title. *Título.* 19. Telephone. *Teléfono.*