



WORKERS' COMPENSATION CLAIM FORM (DWC 1)

PETITION DEL EMPLEADO PARA DE COMPENSACIÓN DEL
TRABAJADOR (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 as the cover sheet of this form.

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. En la hoja cubierta de esta forma esta la explicación de los beneficios de compensación al trabajador.

You should also have received a pamphlet from your employer describing workers' compensation benefits and the procedures to obtain them.

Ud. también debería haber recibido de su empleador un folleto describiendo los beneficios de compensación al trabajador lesionado y los procedimientos para obtenerlos.

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.

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.* Tiffany Anderson Today's Date. *Fecha de Hoy.* 7-1-11

2. Home Address. *Dirección Residencial.* 2 N Avena Avenue

3. City. *Ciudad.* Lodi State. *Estado.* CA Zip. *Código Postal.* 95240

4. Date of Injury. *Fecha de la lesión (accidente).* 6-29-11 Time of Injury. *Hora en que ocurrió.* 2:20 p.m.

5. Address and description of where injury happened. *Dirección/lugar dónde ocurrió el accidente.* 30138 E HWY 120 Escalon, Van Vleet Dairy

6. Describe injury and part of body affected. *Describe la lesión y parte del cuerpo afectada.* metal stake hidden in grass around pond. Driven thru (r) knee (L) laceration of prior surgery.

7. Social Security Number. *Número de Seguro Social del Empleado.* 549-23-5133

8. Signature of employee. *Firma del empleado.* [Signature]

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

9. Name of employer. *Nombre del empleador.* SAN JOAQUIN Co MOSQUITO + VECTOR CONTROL Dist.

10. Address. *Dirección.* 7759 S AIRPORT WY STKN CA 95206

11. Date employer first knew of injury. *Fecha en que el empleador supo por primera vez de la lesión o accidente.* 6/29/11

12. Date claim form was provided to employee. *Fecha en que se le entregó al empleado la petición.* 7/1/11

13. Date employer received claim form. *Fecha en que el empleado devolvió la petición al empleador.* 7/1/11

14. Name and address of insurance carrier or adjusting agency. *Nombre y dirección de la compañía de seguros o agencia administradora de seguros.* Aims PO Box 2169120 SACRAMENTO CA 95826

15. Insurance Policy Number. *El número de la póliza de Seguro.* VCJPA-2011-16L

16. Signature of employer representative. *Firma del representante del empleador.* Michelle Morgan

17. Title. *Título.* SECRETARY 18. Telephone. *Teléfono.* 209-982-4675

Employer: You are required to date this form and provide copies to your insurer or claims administrator and to the employee, dependent or representative who filed the claim within one working day of receipt of the form from the employee.

Empleador: Se requiere que Ud. feche esta forma y que provéa copias a su compañía de seguros, administrador de reclamos, o dependiente/representante de reclamos y al empleado que hayan presentado esta petición dentro del plazo de un día hábil desde el momento de haber sido recibida la forma del empleado.

FILING THIS FORM IS NOT AN ADMISSION OF LIABILITY

EL FIRMAR ESTA FORMA NO SIGNIFICA ADMISION DE RESPONSABILIDAD

Employer copy/Copia del Empleador Employee copy/Copia del Empleado Claims Administrator/Administrador de Reclamos Temporary Receipt/Recibo del Empleado



WORKERS' COMPENSATION CLAIM FORM (DWC 1)

PETITION DEL EMPLEADO PARA DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR (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 as the cover sheet of this form.

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 Division de Compensación al Trabajador al (800) 736-7401 para oír información grabada. En la hoja cubierta de esta forma esta la explicación de los beneficios de compensación al trabajador.

You should also have received a pamphlet from your employer describing workers' compensation benefits and the procedures to obtain them.

Ud. también debería haber recibido de su empleador un folleto describiendo los beneficios de compensación al trabajador lesionado y los procedimientos para obtenerlos.

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.

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.

- Name. Nombre. Tiffany Anderson Today's Date. Fecha de Hoy. 7/1/11
- Home Address. Dirección Residencial. 2 N Avena Avenue
- City. Ciudad. Lehi State. Estado. CA Zip. Código Postal. 95240
- Date of Injury. Fecha de la lesión (accidente). 6/27/11 Time of Injury. Hora en que ocurrió. 2:30 p.m.
- Address and description of where injury happened. Dirección/lugar dónde ocurrió el accidente. 50138 E HWY 120
Sacramento Van Fleet Daily
- Describe injury and part of body affected. Describa la lesión y parte del cuerpo afectada. metal stake holder in grass
around pond. Dr. with three (3) knee (L) joint revision at 2 or surgery.
- Social Security Number. Número de Seguro Social del Empleado. 549 23-5133
- Signature of employee. Firma del empleado. [Signature]

Employer—complete this section and see note below.

Empleador—complete esta sección y note la notación abajo.

- Name of employer. Nombre del empleador. SAN JOAQUIN Co MOSQUITO + VECTOR CONTROL DIST
- Address. Dirección. 7759 S AIRPORT WY STAN CA 95206
- Date employer first knew of injury. Fecha en que el empleador supo por primera vez de la lesión o accidente. 6/29/11
- Date claim form was provided to employee. Fecha en que se le entregó al empleado la petición. 7/1/11
- Date employer received claim form. Fecha en que el empleado devolvió la petición al empleador. 7/1/11
- Name and address of insurance carrier or adjusting agency. Nombre y dirección de la compañía de seguros o agencia administradora de seguros. AIMS PO BOX 269120 SACRAMENTO CA 95826
- Insurance Policy Number. El número de la póliza de Seguro. VCJPA-2011-16L
- Signature of employer representative. Firma del representante del empleador. Michelle Morgan
- Title. Título. SECRETARY
- Telephone. Teléfono. 209-982-4675

Employer: You are required to date this form and provide copies to your insurer or claims administrator and to the employee, dependent or representative who filed the claim within **one working day** of receipt of the form from the employee.

Empleador: Se requiere que Ud. feche esta forma y que provéa copias a su compañía de seguros, administrador de reclamos, o dependiente/representante de reclamos y al empleado que hayan presentado esta petición dentro del plazo de **un día hábil** desde el momento de haber sido recibida la forma del empleado.

SIGNING THIS FORM IS NOT AN ADMISSION OF LIABILITY

EL FIRMAR ESTA FORMA NO SIGNIFICA ADMISION DE RESPONSABILIDAD

Employer copy/Copia del Empleador Employee copy/Copia del Empleado

Claims Administrator/Administrador de Reclamos Temporary Receipt/Recibo del Empleado