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

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

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 as the cover sheet of this form.

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

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.

PETICION 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 Division de Compensación al Trabajador al **(800) 736-7401** para oir información gravada. En la hoja cubierta de esta forma esta la explicatión de los benficios de compensación al trabjador.

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

Toda aquella persona que a propósito hiciere o causare que se produzca cualquier declaración o representación material falsa o fraudulenta con el fin de obtener o negar beneficios o pagos de compensación al trabajador lesionado es culpable de un delito mayor.

Employee – complete this section and see note above *Empleado: complete esta sección y note la notación arriba*

1. Name. *Nombre.* Donald R. Meidinger Today's Date. *Fecha de Hoy.* 11/14/06
2. Home Address. *Dirección Residencial.*
3. City *Ciudad* Lockeford State. *Estado.* CA Zip. *Código Postal.* 95237
4. Date of Injury. *Fecha de la lesión (accidente).* 10/13/06
   Time of injury. *Hora en que ocurrió* _____ a.m _____ *p.m.*
5. Address and description of where injury happened. *Dirección/lugar dónde occurió el accidente.*
   Lodi, CA
6. Describe injury and part of body affected. *Describa la lesión y la parte del cuerpo afectada.* Heart attack and stress
   Verbally threatened by another supervisor.
7. Social Security Number. *Número de Seguro Social del Empleado*
8. Signature of employee. *Firma del empleado.*

Employer - complete this section and see note below. *Empleador - complete esta sección y notación abajo.*

9. Name of employer. *Nombre del empleador.*
10. Address. *Dirección.*
11. Date employer first knew of injury. *Fecha en que el empleador supo por primera vez de la lesión o accidente.*
12. Date claim form was provided to employee. *Fecha en que se /e entregó al empleado la petición.*
13. Date employer received claim form. *Fecha en que el empleado devolvió la petición al empleador.*
14. Name and address of insurance carrier or adjusting agency. *Nombre y dirección de la compañía de seguros o agencia administradora de seguros.*
15. Insurance Policy Number. *El número de la póliza del Seguro*
16. Signature of employer representative. *Firma del representante del empleador.*
17. Title *Título* 18 Telephone. *Teléfono.*

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 completed form from employee.

SIGNING THIS FORM IS NOT AN ADMISSION OF LIABILITY

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 presntado esta petición dentro del plazo de **un día hábil** desde el momento de haber sido recibida la forma del empleado.

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/Recibodel Empleado

7/1/04 Rev.

NOV-21-2006 07:51A FROM:SAN JOAQUIN MVCD 2099820120 TO:15592271579 P.8

300223-001

PROOF OF SERVICE

STATE OF CALIFORNIA

COUNTY OF SACRAMENTO

I am in the County of Sacramento, State of California. I am over the age of 18 years and not a party to the within action. My business address is 1545 River Park Drive, Suite 330, Sacramento, California 95815-4616.

On November 30, 2010, I served the foregoing document described as: **Compromise & Release; DWC-1; Wage Statement; Offers of Modified/Permanent Work; All Medical Reporting** on all interested parties in this action by placing a true copy thereof enclosed in a sealed envelope with postage thereon fully prepaid in the United States mailed at Sacramento, California, addressed as follows:

Honorable Judge Crawford
Workers' Compensation Appeals Board
31 E. Channel Street, Room 344
Stockton, CA 95202

Mr. Adam J. Stewart
Moorad, Clark & Stewart
1020 15th Street, Suite 20
Modesto, CA 95354

I certify, under penalty of perjury, that the foregoing is true and correct.

Executed on November 30, 2010, at Sacramento, California.

By: _____
Kalie Wikel