

Estado de Rhode Island, Departamento de Trabajo y Entrenamiento, División de
Compensación de Trabajadores.

P. O. Box 20190, Cranston, RI 02920
Teléfono (401) 462-8100 TDD 462-8006

**NOTICIA DE CANCELACIÓN DE RECLAMO DE DERECHOS DE LEY
COMÚN EN CONFORMIDAD A LA L. G. DE R. I. §28-29-19**

Yo,

Nombre _____ No. de Seguro Social _____
Dirección _____ Fecha de Nacimiento _____

un empleado o ex-empleado del siguiente negocio,

Nombre _____ Negociando como _____
Dirección _____
Número de Identificación Federal del Empleador (FEIN) _____

Declaro notificar por escrito que cancelo mi reclamo de derecho de ley común para recobrar daños por lesiones personales sufridas durante mi empleo en el trabajo mencionado anteriormente. Entiendo que al cancelar este reclamo, retiro mis derechos de ley común de reclamar daños por lesiones personales y puedo ser elegible para beneficios de Compensación de Trabajadores en conformidad al Título 28, Capítulo 29 de la ley de Compensación de Trabajadores de R.I.

Bajo pena de perjurio declaro que he examinado este formulario y en el mejor de mis conocimientos es verdadero, correcto y completo. Además reconozco que falsos testimonios dentro de este documento pueden someterme a juicio criminal.

Firma _____ Firma del Notario Público _____

Fecha _____ Fecha que expira el cometido _____

Un honorario de cinco dólares (\$5.00) es requerido para llenar y someter este formulario. Por favor adjunte un cheque o giro postal pagable al Departamento de Trabajo y Entrenamiento de Rhode Island. Para un recibo o copia fechada, incluya una copia con el original, mándelo al Departamento con un sobre con su dirección escrita y una estampilla postal. El original y la copia serán sellados. El original será mantenido en nuestros archivos. La copia sellada será retornada en el sobre proveído.