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 RECLAMO DE DERECHOS DE LEY COMÚN EN CONFORMIDAD CON
LA L. G. de R. I. § 28-29-17

Yo,

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

Un empleado del siguiente negocio,

Nombre _____ Negociando como _____
Dirección _____
No. de Identificación Federal del Empleador (FEIN) _____

Declaro notificar por escrito que reclamo mi derecho de tramitar de ley común para recobrar daños por lesiones personales sufridas durante el trabajo del empleador mencionado anteriormente. Entiendo que reclamando este derecho, ya no soy elegible o no tengo derecho para perseguir cobertura de compensación de Trabajadores o beneficios en conformidad al Título 28, Capítulo 29 de la ley de Compensación de Trabajadores de R.I.

Bajo pena de perjurio (falso testimonio) 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 estampilla postal. El original y la copia serán sellados. El original será mantenido para nuestros archivos. La copia sellada será retornada en el sobre proveído.