

SOLICITUD DE DATOS DE LOS EXPEDIENTES DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES

K-WC 970 (Rev. 3-14)

CORREO: Division of Workers Compensation
401 SW Topeka Blvd., Suite 2
Topeka, KS 66603-3105
FAX: (785) 291-3430

PARA LA ENTIDAD SOLICITANDO INFORMACIÓN

Nombre (*Name*): _____

Compañía o Entidad (*Company or Entity*): _____

Dirección (*Address*): _____

Número de teléfono (*Phone number*): (_____) _____ Fax: (_____) _____

Nombre del trabajador (*Name of worker*): _____

Número de Seguro Social del trabajador (*Social Security number of worker*): _____

Informes solicitados (*Records sought*):

- Resúmenes de reportes de accidentes (*Accident report summaries*)
- Resúmenes del expediente (*Docket summaries*)
- Solicitudes actuales (*Actual filings*)
- Descargar electrónicamente (para usuarios registrados solamente; si no está registrado, ver K-WC 96) (*Electronic download (registered users only; if not yet registered, see K-WC 96)*)

Para obtener reportes de accidentes o expedientes médicos, el solicitante debe estar dentro de las categorías I o II mencionadas abajo. (*In order to acquire accident reports or medical records, the requester must be in Category I or II below.*)

Favor de especificar a cual categoría pertenece usted y favor de proveer la siguiente información:
(*Please specify which categories pertain to you and provide the accompanying information.*)

- I) Es usted: el empleador de un trabajador buscando beneficios de compensación
(*Are you: (the employer of a worker seeking workers compensation benefits)*)
- una compañía de seguros con cobertura de trabajadores buscando beneficios de compensación
(*an insurance carrier with coverage of a worker seeking workers compensation benefits*)
- un abogado de la compañía de seguros/representante del empleador
(*an insurance carrier's attorney/representative for the employer*)

Fecha del accidente (*Date of accident*): _____, 20 _____

Solicitud de Datos de los Expedientes de Compensación de Trabajadores

K-WC 970 (Rev. 3-14)

- II) Es usted: empleador que ha extendido una oferta condicional de empleo al individuo cuyos expedientes han sido solicitados
(Are you): (an employer who has made a conditional offer of employment to the individual whose records are sought)
- una compañía de seguros de un empleador quien ha extendido una oferta de empleo al individuo cuyos expedientes están siendo solicitados
(an insurance carrier of an employer that has made an employment offer to the individual whose records are sought)
- un abogado de la compañía de seguros/representante del empleador
(an insurance carrier's attorney/representative for the employer)

Clase de empleo ofrecido condicionalmente al individuo. *(Type of job conditionally offered the individual.)* _____

**El trabajador a quien se le hizo la oferta de empleo debe firmar la siguiente autorización:
 (The following release must be signed by the worker to whom the offer of employment was made):**

Por este medio verifico que el individuo o corporación que solicita mis informes a la División de Compensación de Trabajadores del estado de Kansas me ha ofrecido empleo y autorizo que se le proporcione tales informes.

(I hereby verify that I have been offered employment by the individual or entity requesting my records from the Division of Workers Compensation of the state of Kansas and give the division permission to release the records specified to the individual or entity making the request.)

Firma del trabajador *(Signature of worker):* _____

Hago constar que la información contenida en esta solicitud es cierta y correcta. Entiendo que el dar información falsa o mentir es una acción fraudulenta o abusiva bajo la Ley de Compensación de Trabajadores y que está sujeta al enjuiciamiento en caso dado.

(I certify that all information provided by me is true and correct to the best of my knowledge. I understand that providing false or misleading information may be a fraudulent or abusive practice under the Workers Compensation Act and may subject me to prosecution.)

Firma del solicitante *(Signature of requester):* _____ Fecha *(Date):* _____, 20 ____

Ley Federal de Publicación de Asuntos Privados Sección 7(a)(2)(B)

El requisito mandatorio que el numero de seguro social se incluya en los formularios archivados en la División de Compensación de Trabajadores se permite segun la Sección 7(a)(2)(B) del Acto Federal de Privacidad de 1974. Los reglamentos requiriendo su revelacion existían antes del 1 de enero de 1975. El numero se utiliza como medio de identificación de todos los documentos pertinentes a un individuo.

El uso del número de seguro social se hace necesario debido al número de solicitantes con nombres y fechas de nacimiento parecidos y cuyas identidades se pueden distinguir solamente por medio del número de seguro social.

Federal Privacy Act Disclosure Section 7(a)(2)(B)

The mandatory requirement that Social Security numbers be included in forms filed with the Division of Workers Compensation is permitted by Section 7(a)(2)(B) of the Federal Privacy Act of 1974, since our regulations, which require its disclosure, were in existence before January 1, 1975. The number is used as a means of identifying all the various records in the Division of Workers Compensation pertaining to an individual.

The use of Social Security numbers is made necessary because of the large number of applicants who have similar names and birth dates, and whose identities can only be distinguished by the Social Security number.