

Joe Lombardo
Governor

Laura Rich
Director



DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

DIVISION OF SOCIAL SERVICES
Helping people. It's who we are and what we do.



Robert H. Thompson
Administrator

SUBROGACIÓN MÉDICA/DE SEGURO

HMS - NV Casualty Recovery
PO Box 844648
Los Angeles, CA 90084-4648

FECHA:

DE: _____ Ref: _____
Oficina distrital Nombre del Caso Núm. de Caso

Nombre de la persona lesionada, si no es el mismo que el nombre del Caso

Nombre/número de teléfono del cliente o cuidador/tutor

Formulario completado: ☐ por correo ☐ por teléfono ☐ en persona

Marque todas las casillas que corresponden.

El cliente fue lesionado mientras estaba
bajo custodia de las fuerzas del orden ☐ SÍ ☐ NO

Nombre de
la agencia: _____

Dirección: _____

La lesión estuvo relacionada con el trabajo ☐ SÍ ☐ NO

El cliente recibió o está recibiendo
compensación del trabajador ☐ SÍ ☐ NO

Fecha de inicio: _____

Fecha de
terminación (si
corresponde): _____

El cliente tiene una lesión que fue
consecuencia de un accidente que NO está
relacionado con el trabajo ☐ SÍ ☐ NO

El cliente ha recibido o recibe actualmente
atención médica por un accidente/lesión
donde el caso legal ya se ha resuelto o todos
los beneficios se han pagado/agotado ☐ SÍ ☐ NO



INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE/LESIÓN

Fecha en que ocurrió _____ Hora aproximada _____
(Mes, día, año) (A.M./P.M.)

Dirección y lugar _____

Cómo ocurrió el accidente _____

Otras partes involucradas _____

¿Su caso de accidente/lesión está abierto actualmente? ☐ SÍ ☐ NO Si NO, fecha en que se cerró el caso _____

¿Hubo una resolución en el caso? ☐ SÍ ☐ NO Fecha _____ Monto _____

OTRA PARTE

SOLICITANTE

Nombre del asegurado _____

Compañía de seguro _____

Dirección de la compañía de seguro _____

Número de póliza, si está disponible _____

Abogado, si participó _____

Dirección del abogado _____

Número de teléfono del abogado _____

Copia del informe de accidente: ☐ Adjunta ☐ Se enviará cuando esté disponible
☐ No está disponible porque _____

Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, lo cual quiere decir que he respondido en forma veraz a todas las preguntas, a mi mejor saber y entender. Sé que puedo quedar sujeto a penas bajo la ley federal si proporciono información falsa o no veraz en forma intencional.

Firma

Nombre con letra de molde

Título/Parentesco

Fecha

Número de teléfono

