

Cómo despedir a su abogado

Complete este formulario si ya no quiere que su abogado lo represente.

Llene el formulario. Siga el ejemplo adjunto. Asegúrese de firmar y fechar el formulario. Si su abogado ha llevado su reclamo ante la Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores (*Workers' Compensation Appeals Board- WCAB*), envíe por correo una copia del formulario a la oficina local de la *WCAB* dónde se presentó su caso.

Si no se ha presentado un caso, guarde el formulario original para su archivo.

Envíe una copia al abogado que usted esté despidiendo y a todas las partes. Presente los siguientes documentos con su formulario en el orden indicado:

- ✓ [Hoja de Portada de Documento](#)
- ✓ [Hoja de Separador de Documento](#) (*para la Destitución de Abogado*)
- ✓ [Notice of Dismissal of Attorney](#) (*Aviso de Destitución de Abogado*)
- ✓ [Hoja de Separador de Documento](#) (*para la Prueba de Entrega por Correo*)
- ✓ [Proof of Service by Mail](#) (*Prueba de Entrega por Correo*)

Guarde los originales para su archivo.

Todos los documentos presentados en la *WCAB* deben incluir una hoja de portada de documento y una hoja de separador de documento. Por favor consulte las guías 17 y 18 de *I&A* para aprender cómo llenar estos formularios. Además todos los formularios deben ser escritos a máquina o a mano utilizando letra de molde para asegurar la legibilidad. Instrucciones de formularios adicionales pueden ser encontradas en el manual de formularios *OCR* de *EAMS* en http://www.dir.ca.gov/dwc/eams/SampleFiles/EAMS_OCR%20handbook.pdf.

Si necesita ayuda, llame a una [oficina de Información y Asistencia \(I&A\)](#) o asista a un [taller para trabajadores lesionados](#). Los números de teléfono de las oficinas locales de *I&A* están adjunto a esta guía. Usted puede obtener información sobre un taller local de la oficina de *I&A* o en la Internet en www.dwc.ca.gov.

Si no tiene el nombre y la dirección de su administrador de reclamos para completar un formulario, por favor enlace a <http://www.dir.ca.gov/DWC/EAMS/EAMS-LC/EAMSClaimsAdmins.asp>.

La información contenida en esta guía es de índole general y no pretende substituir asesoramiento legal. Los cambios en la ley o los datos específicos de su caso podrían resultar en interpretaciones legales distintas de las que aquí se presentan.

Al enviar documentos a una oficina regional, por favor asegurese que no estén doblados ni estén engrapados. Envíelos en un sobre grande de manila. Por favor consulte con el manual de formularios *OCR* de *EAMS* para instrucciones adicionales.

**WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD
DISTRICT OFFICES**

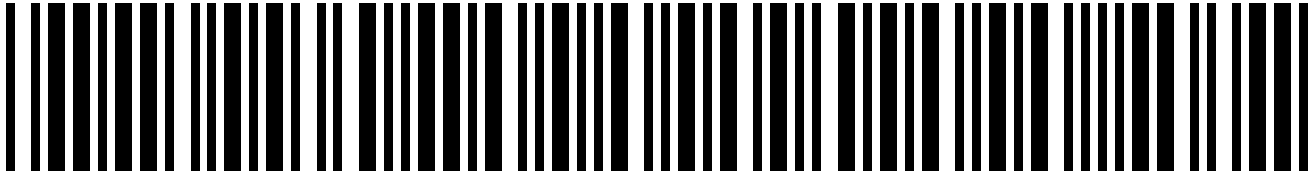
<p>ANAHEIM, 92806-2131 1065 N. PacificCenter Drive, Suite 202 Information & Assistance Unit (714) 414-7401</p>	<p>SACRAMENTO, 95834-2962 160 Promenade Circle Suite 300 Information & Assistance Unit (916) 928-3158</p>
<p>BAKERSFIELD, 93301-1929 1800 30th Street, Suite 100 Information & Assistance Unit (661) 395-2514</p>	<p>SALINAS, 93906-2204 1880 North Main Street, Suites 100 & 200 Information & Assistance (831) 443-3058</p>
<p>EUREKA, 95501-0481 100 "H" Street, Suite 202 Information & Assistance Unit (707) 441-5723</p>	<p>SAN BERNARDINO, 92401-1411 464 West Fourth Street, Suite 239 Information & Assistance Unit (909) 383-4522</p>
<p>FRESNO, 93721-2219 2550 Mariposa Mall, Suite 4078 Information & Assistance Unit (559) 445-5355</p>	<p>SAN DIEGO, 92108-4424 7575 Metropolitan Drive, Suite 202 Information & Assistance Unit (619) 767-2082</p>
<p>LONG BEACH, 90802-4304 300 Oceangate Street, Suite 200 Information & Assistance Unit (562) 590-5240</p>	<p>SAN FRANCISCO, 94102-7002 455 Golden Gate Avenue, 2nd Floor Information & Assistance Unit (415) 703-5020</p>
<p>LOS ANGELES, 90013-1105 320 West 4th Street, 9th Floor Information & Assistance Unit (213) 576-7389</p>	<p>SAN JOSE, 95113-1402 100 Paseo de San Antonio, Suite 241 Information & Assistance Unit (408) 277-1292</p>
<p>MARINA DEL REY, CA 90292-6902 4720 Lincoln Boulevard, 2nd and 3rd floors Information & Assistance Unit (310) 482-3858</p>	<p>SAN LUIS OBISPO, 93401-8736 4740 Allene Way, Suite 100 Information & Assistance Unit (805) 596-4159</p>
<p>OAKLAND, 94612-1499 1515 Clay Street, 6th Floor Information & Assistance Unit (510) 622-2861</p>	<p>SANTA ANA, 92701-4070 605 W Santa Ana Boulevard, Bldg 28, Suite 451 Information & Assistance Unit (714) 558-4597</p>
<p>OXNARD, 93030-7912 1901 N. Rice Avenue, Suite 100 Information & Assistance Unit (805) 485-3528</p>	<p>SANTA BARBARA, 93101 * Satellite office 411 E Canon Perdido Street, Suite 2 Information & Assistance Unit (805) 884-1988</p>
<p>POMONA, 91768-2653 732 Corporate Center Drive Information & Assistance Unit (909) 623-8568</p>	<p>SANTA ROSA, 95404-4771 50 "D" Street, Suite 420 Information & Assistance Unit (707) 576-2452</p>
<p>REDDING, 96001-2740 2115 Civic Center Drive, Suite 15 Information & Assistance Unit (530) 225-2047</p>	<p>STOCKTON, 95202-2314 31 East Channel Street, Suite 344 Information & Assistance Unit (209) 948-7980</p>
<p>RIVERSIDE, 92501-3337 3737 Main Street, Suite 300 Information & Assistance Unit (951) 782-4347</p>	<p>VAN NUYS, 91401-3370 6150 Van Nuys Boulevard, Suite 105 Information & Assistance Unit (818) 901-5374</p>



STATE OF CALIFORNIA
DWC DISTRICT OFFICE

EJEMPLO

DOCUMENT COVER SHEET



Is this a new case? Yes No Companion Cases Exist Walkthrough Yes No

More than 15 Companion Cases

FECHA DE HOY

Date:(MM/DD/YYYY)

SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

SSN:

Specific Injury

NÚMERO DE CASO EAMS

Case Number 1

FECHA DE LA LESIÓN

Cumulative Injury

(Start Date: MM/DD/YYYY)

(End Date: MM/DD/YYYY)

(If Specific Injury, use the start date as the specific date of injury)

Body Part 1: _____

Body Part 3: _____

Body Part 2: _____

Body Part 4: _____

← **UTILICE UN CÓDIGO DE LA LISTA DE CÓDIGOS DE LAS PARTES DEL CUERPO CONSULTE LA P. 8**

Other Body Parts: _____

Please check unit to be filed on (check only one box)

MARQUE LA CASILLA DE LA UNIDAD APROPIADA

ADJ DEU SIF UEF VOC INT RSU

Companion Cases

CASOS COMPAÑEROS

Specific Injury

Case Number 2

Cumulative Injury

(Start Date: MM/DD/YYYY)

(End Date: MM/DD/YYYY)

(If Specific Injury, use the start date as the specific date of injury)

Body Part 1: _____

Body Part 3: _____

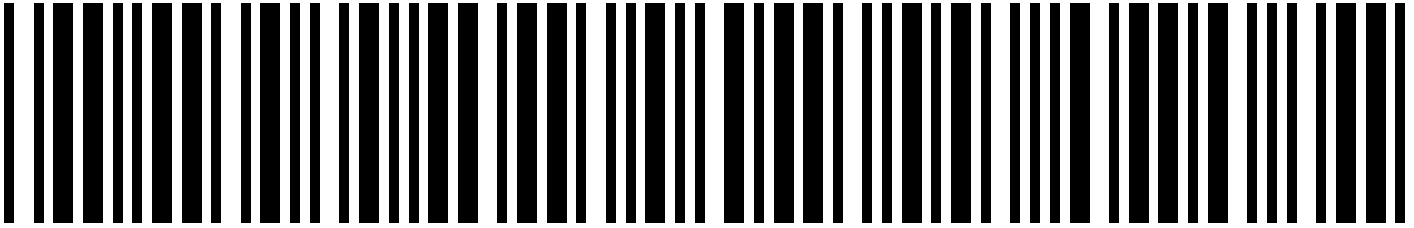
Body Part 2: _____

Body Part 4: _____

Other Body Parts: _____



DOCUMENT SEPARATOR SHEET



Product Delivery Unit

ADJ

Document Type

LEGAL DOCS

Document Title

PETITION TO DISMISS ATTORNEY

Document Date

FECHA EN QUE LLENÓ EL FORMULARIO

MM/DD/YYYY

Author

SU NOMBRE

Office Use Only

Received Date

MM/DD/YYYY

EJEMPLO

STATE OF CALIFORNIA
Department of Industrial Relations
Division of Workers' Compensation
WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD

Su nombre)
)
)
Applicant,)
)
vs.)
)
Nombre del empleador y)
Nombre de la compañía de seguros)
)
Defendants)

Case No. Número de caso

Notice of Dismissal of Attorney

I, _____ Su nombre _____, applicant in the above-entitled case, have heretofore been represented by _____ Nombre de su abogado _____ as my attorney of record. I have dismissed said attorney and have no attorney whatsoever at the present time and wish to have future documents served upon me and not on my former attorney.

Copies of this notice were mailed to the following:

1. WCAB

2. Compañía de seguros

3. Su abogado

4. Cualquier otro partido involucrado en su caso

on Fecha _____
(Date)

Su firma _____
(Applicant)

Su domicilio _____
(Address)

STATE OF CALIFORNIA
Department of Industrial Relations
Division of Workers' Compensation
WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD

) *Case No.*

)

)

) *Applicant,*

)

vs.

)

)

)

)

) *Defendants'*

**Notice of
Dismissal of Attorney**

I, _____, applicant in the above-entitled case, have heretofore been represented by _____ as my attorney of record. I have dismissed said attorney and have no attorney whatsoever at the present time and wish to have future documents served upon me and not on my former attorney.

Copies of this notice were mailed to the following:

on _____

(Date)

(Applicant)

(Address)