S- RS-457 (11/00) **Departamento de Servicios de Rehabilitación de la Mancomunidad de Virginia**

Hoja de Gravamen

PARTE 1 *(Consumidor termina y da al Consejero)*

A. Información del Consumidor

1. * ¿Es el consumidor entablando o pensando en entablar para Compensación de Trabajadores? (marque uno): Sí ☐ No ☐

2. *¿Es el consumidor tomando o pensando en tomar otra acción legal para daño corporal? (marque uno): Sí ☐ No ☐

3. Si "Sí" para pregunta 1 o 2, por favor complete esta forma.

*Nombre del Consumidor: _____ *Fecha: _____

* # de Seguridad Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha del accidente o otro daño corporal: _____

Ciudad o Municipio donde ocurrió el daño: _____

Estado donde ocurrió el daño: _____

B. Abogado de Daño Corporal del Consumidor

*Nombre del Abogado de Daño Corporal: _____

Nombre de la Consejería Jurídica: _____

*Dirección: _____ Teléfono: _____

*Ciudad: _____ TTY: _____

*Estado: _____ *Código Postal: _____ FAX: _____ e-mail: _____

C. Supuesto Interesado Negligente (Individuo o Corporación)

* Nombre del Supuesto Interesado Negligente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

*Estado: _____ *Código Postal: _____ FAX: _____ e-mail: _____

* Portador de Seguro del Interesado: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ TTY: _____

*Estado: _____ *Código Postal: _____ FAX: _____ e-mail: _____

PART 2 *(VR Counselor Completes Part 2 and sends to Fiscal Ops)* *(Consejero de DRS Completa)*

*Counselor Name/ Nombre del Consejero _____	*Caseload # _____	Case # _____
*DRS Office/ Oficina	*Phone with Area Code/ Teléfono	

E-mail or fax this form to DRS Fiscal Operations in Central Office (so DRS can file notice of lien).

Keep electronic copy in client's record.