



CLAIM NUMBER

So that we can compute your compensation rate, we need your help.
Please answer the questions as completely as possible.

INJURED'S NAME

INSTRUCTIONS:

1. List all periods of employment for one full year prior to the date of your injury. List reasons why employment ended under "comments".
2. List gross wages before deductions under "total amount earned".
3. List all benefits received in addition to wages. State what they were (such as room, board, tips) and show their weekly value.
4. List all periods of unemployment and state why you were not working. If due to illness or disability, please give the nature of the illness.

EMPLOYERS	DATE STARTED WORK	DATE LEFT WORK	TOTAL AMOUNT EARNED	ADDITIONAL BENEFITS	COMMENTS (Reason employment ended)
NAME ADDRESS CITY/ZIP					
NAME ADDRESS CITY/ZIP					
NAME ADDRESS CITY/ZIP					
NAME ADDRESS CITY/ZIP					
NAME ADDRESS CITY/ZIP					
NAME ADDRESS CITY/ZIP					

PERIODS OF UNEMPLOYMENT

From _____ to _____ reason for not working _____

From _____ to _____ reason for not working _____

From _____ to _____ reason for not working _____

From _____ to _____ reason for not working _____

From _____ to _____ reason for not working _____

For your protection California law requires the following to appear on this form. Any person who knowingly presents false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.

Privacy Notice: The Information Practices Act of 1977 (Civil Code Section 1798.17) and Federal Privacy Act require that this notice be provided when collecting personal information from individuals.

State Fund uses information on this form for the purposes of identification and document processing. It is mandatory to furnish all information requested on this form. Failure to provide the mandatory information may result in an inability to accurately calculate benefit amounts.

You have the right to access the personal information collected about you in order to have it corrected, amended or deleted where it is inaccurate or inappropriate for the specified purposes of processing. You may contact the State Fund's Privacy Office via email at privacyoffice@scif.com or by phone (888) 724-3237 to process your request.

Signature _____ Date _____



NUMERO DE RECLAMO _____

Necesitamos su ayuda para poder calcular la tasa de prestaciones que le corresponde, Sírvase contestar del modo más completo las preguntas de la forma.

NOMBRE DE LA PERSONA LESIONADA _____

INSTRUCCIONES:

1. Enumere todos los periodos de empleo por un año completo antes de la fecha de lesión. Escriba las razones por las que el empleo terminó bajo "comentarios".
2. Enumere el salario bruto antes de deducciones bajo "ingresos totales".
3. Enumere todos los beneficios que recibió además de su salario. Especifique que clase de beneficios eran (tales como alojamiento, comida, propinas) y escriba su valor semanal.
4. Enumere todos los periodos de desempleo y especifique porque no estaba usted trabajando. Si fue por enfermedad o incapacidad por favor indique la causa de la enfermedad.

EMPLEADORES	PRIMER DIA DE TRABAJO	ULTIMO DIA DE TRABAJO	INGRESOS TOTALES	BENEFICIOS ADICIONALES	COMENTARIOS (Empleo de la razón terminado)
NOMBRE DIRECCION CIUDAD/CODIGO POSTAL					
NOMBRE DIRECCION CIUDAD/CODIGO POSTAL					
NOMBRE DIRECCION CIUDAD/CODIGO POSTAL					
NOMBRE DIRECCION CIUDAD/CODIGO POSTAL					
NOMBRE DIRECCION CIUDAD/CODIGO POSTAL					
NOMBRE DIRECCION CIUDAD/CODIGO POSTAL					

PERIODOS DEL DESEMPLEO

Desde _____ a _____ razón de no trabajar _____

Desde _____ a _____ razón de no trabajar _____

Desde _____ a _____ razón de no trabajar _____

Desde _____ a _____ razón de no trabajar _____

Desde _____ a _____ razón de no trabajar _____

Para su protección, las leyes de California establecen que la siguiente declaración aparezca en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente reclamos falsos o fraudulentos para el pago de una pérdida, será culpable de un delito y se le podría multar y encarcelar en la penitenciaría estatal.

Firma _____ Fecha _____