

Gobierno del Distrito de Columbia  
Departamento de Servicios de Empleo  
Oficina de Compensación de Trabajadores  
4058 Minnesota, Avenue N.E. Washington,  
D.C. 20019 (202) 671-1000

Formulario de solicitud de audiencia formal

Reclamante: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_

Esto es para recomendarle que se solicite una audiencia de acuerdo con la sección 26,  
D.C. LAW 3-177.

Por favor notificarme de la fecha programación de la audiencia en la siguiente dirección:

\_\_\_\_\_

Nombre del reclamante

\_\_\_\_\_

Nombre de la compañía u organización

\_\_\_\_\_

Dirección

Código de área

\_\_\_\_\_

Fecha

Si el solicitante está representando al reclamante o a otra parte, indíquese aquí:

\_\_\_\_\_