



**Oficina de Compensación a Trabajadores
Bureau of Workers' Compensation
220 French Landing Drive, I-B
Nashville, TN 37243-1002
615-532-1319
FAX: 615-253-6256**

**PETICIÓN PARA INVESTIGACIÓN
REQUEST FOR INVESTIGATION**

Nombre de Empresa(Business Name:)

FEIN del Empleador, si se conoce (Employer's FEIN: if known):

Nombre(s) del propietario(s) (Name of Owner(s):

Nombre de persona de contacto de la empresa (Name of a contact person at business:)

Correo Electrónico(Email:)

Dirección de Calle (Street Address:)

Ciudad (City:)

 Estado (State:)

 Código Postal(Zip:)

Condado(County:)

 Teléfono de Empresa (Business Phone:)

Teléfono de Casa(Home Phone:)

 Teléfono Celular(Cell Phone:)

 Fax(Fax:)

¿Cuántos Empleados Trabajan para esta empresa (incluyendo empleados de tiempo parcial)?

How Many Employees Work for this business (including part-time employees):

Describa qué tipo de trabajo hacen los Empleados de esta Empresa:

Describe what kind of work the Employees of this Business perform:

Nombres, direcciones, y números de teléfono de los Empleados que trabajan para esta empresa, tiempo parcial o tiempo completo (por favor adjunte páginas si fuera necesario para enumerar todos los Empleados conocidos de la parte solicitante)

Names, addresses and phone numbers of Employees who work for this business, part-time or full time (please attach additional pages if necessary to list all Employees known to requesting party).

Nombre (Name:)

 Correo Electrónico (Email:)

Dirección

(Address:)

Ciudad (City:)

 Estado(State:)

 Código Postal(Zip:)

Condado(County:)

 Teléfono(Phone:)

 Fax (Fax:)

¿Ha sido una lesión reciente a un empleado?

(Has there been a recent employee injury?) Sí (Yes) ___ No(No) ___ De ser "sí", nombre del empleado (If so, name of employee)

Si está dispuesto a ser contactado acerca de esta petición, por favor proporcione su:

If you are willing to be contacted about this request, please provide your:

Correo Electrónico(Email) _____ Número de teléfono (Phone #) _____

Nombre en letra de Molde de la Parte Solicitante
Printed Name of Requesting Party:

Fecha
Date