

Filed Date Stamp Here

Sello de fecha de presentación aquí



Tennessee Bureau of Workers' Compensation

Agencia de Indemnización Laboral de Tennessee

tn.gov/workerscomp

wc.ombudsman@tn.gov

1-800-332-2667

REQUEST FOR BENEFITS FROM THE UNINSURED EMPLOYERS FUND

SOLICITUD DE BENEFICIOS DEL FONDO DE EMPLEADORES NO ASEGURADOS

Eligible employees, or eligible dependents of a deceased employee, may use this form to request benefits from the Uninsured Employers Fund (UEF) if they are injured or die while working for an employer that failed to provide:

Los empleados idóneos, o los dependientes idóneos de un empleado fallecido, pueden usar este formulario para solicitar beneficios del Fondo de Empleadores No Asegurados (UEF, por sus siglas en inglés) si se lesionan o mueren mientras trabajaban para un empleador que no proporcionó:

1. Workers' compensation insurance as required by the TN Workers' Compensation Law; and,
 2. Medical, disability, and/or death benefits as required by the TN Workers' Compensation Law.
1. Seguro de indemnización laboral como lo exige la Ley de Indemnización Laboral de TN; y,
 2. Beneficios médicos, por discapacidad y/o fallecimiento según lo exige la Ley de Indemnización Laboral de TN.

This form **MUST be completed and sent via certified mail** to the following address:

Este formulario **TIENE QUE ser completado y enviado por correo certificado** a la siguiente dirección:

Agencia de Indemnización Laboral de Tennessee
ATTN: UEF Benefit Manager
Uninsured Employers Fund
220 French Landing Drive, Suite 1B
Nashville, TN 37243-1002

This form **MUST** be sent within sixty (60) calendar days after the claim is over and **MUST** include:

Este formulario **TIENE QUE** enviarse en un plazo de sesenta (60) días calendario posteriores a la finalización de la reclamación y **DEBE** incluir:

1. A court order stating your employer owes you benefits and that you may request UEF benefits;
 2. A completed Internal Revenue Service (IRS) Form, W-9 Request for Taxpayer Information and Certification available at www.irs.gov; and
 3. A completed Bureau of Workers' Compensation [Form C-31](#) Medical Waiver and Consent available on the "Forms" link at www.tn.gov/workerscomp.
1. La orden judicial que indique que su empleador le debe beneficios y que usted puede solicitar beneficios del UEF;
 2. El Formulario completado W-9, Solicitud de Información y Certificación del Contribuyente del Servicio de Impuestos Internos (IRS), disponible en www.irs.gov; y
 3. El Formulario completado [C-31](#) de la Oficina de Indemnización Laboral, que está disponible en el enlace "Formularios" en www.tn.gov/workerscomp.

I certify that I believe I am eligible for benefits from the UEF; that my employer has not paid all or part of the benefits I am due; and my employer has not complied with an order issued by the Court of Workers' Compensation Claims.

Certifico que creo que tengo derecho a los beneficios del UEF; que mi empleador no ha pagado la totalidad ni parte de los beneficios que se me deben; y mi empleador no ha cumplido con la orden emitida por el Tribunal de Reclamaciones de Indemnización Laboral.

I, _____, request benefits from the Uninsured Employers Fund.
(Print Your Name)

Yo, _____, solicito beneficios del Fondo de Empleadores no Asegurados.
(Nombre en letra de imprenta)

Signature

Firma

Date

Fecha

Tennessee Law allows the State of Tennessee to recover payments made by the UEF for temporary disability benefits, medical benefits, and/or death benefits. An agreement between you and your employer for payment of benefits must be pre-approved by the UEF before being approved by a workers' compensation judge.

La Ley de Tennessee permite al Estado de Tennessee resarcirse de los pagos hechos por el UEF por beneficios de discapacidad temporal, beneficios médicos y/o beneficios por fallecimiento. Un acuerdo entre usted y su empleador para el pago de beneficios primero tiene que ser aprobado por el UEF antes de ser aprobado por un juez de indemnización laboral.