



Solicitud de Traducción de Documento

Junta de Apelaciones de Compensación para Trabajadores de Tennessee

tn.gov/workerscomp

wcappeals.clerk@tn.gov | 1-800-332-2667

Expediente No.: _____

Expediente Estatal No.: _____

Fecha de la lesión: _____

Empleado/a

contra

Empleador

La Oficina de Compensación para Trabajadores de Tennessee, en cooperación con el Tennessee Language Center (anteriormente Tennessee Foreign Language Institute), ofrece a los litigantes que se representan a sí mismos en una apelación pendiente la oportunidad de obtener una traducción al inglés de un documento escrito para presentarlo ante la Junta de Apelaciones de Compensación para Trabajadores de Tennessee, sin costo para el/la litigante.

Al solicitar este servicio de traducción y firmar esta solicitud, la parte abajo firmante acepta y reconoce lo siguiente:

- Este servicio solo está disponible para la traducción de documentos al inglés con el fin de presentar el documento ante la Junta de Apelaciones.
- La Oficina de Compensación para Trabajadores de Tennessee ofrece este servicio a cualquier litigante que se represente a sí mismo en una apelación pendiente ante la Junta de Apelaciones de Compensación para Trabajadores sin costo para la parte solicitante.
- La Oficina de Compensación para Trabajadores de Tennessee no garantiza ni certifica que la traducción sea precisa o que comunique de manera justa el contenido presentado.
- Es responsabilidad de las partes garantizar un registro completo y preciso en la apelación.
- Es responsabilidad de la parte que solicita la traducción de un documento garantizar la exactitud de la traducción.
- Es responsabilidad de las partes presentar oportunamente todos los documentos según lo exija cualquier estatuto o regla aplicable.
- Una vez presentados, tanto el documento original como el documento traducido formarán parte del registro, pero el documento traducido se considerará en lugar del documento original.

He incluido con este formulario el documento a traducir.

Firmado y presentado al Secretario/a de la Junta de Apelaciones de Compensación para Trabajadores (WCAppeals.Clerk@tn.gov) en este día _____ de _____, 20____.

NOMBRE DE LA PARTE SOLICITANTE EN LETRA DE MOLDE

FIRMA DE LA PARTE SOLICITANTE