

Cómo despedir a su abogado(a)

Complete este formulario si ya no quiere que su abogado(a) le represente más.

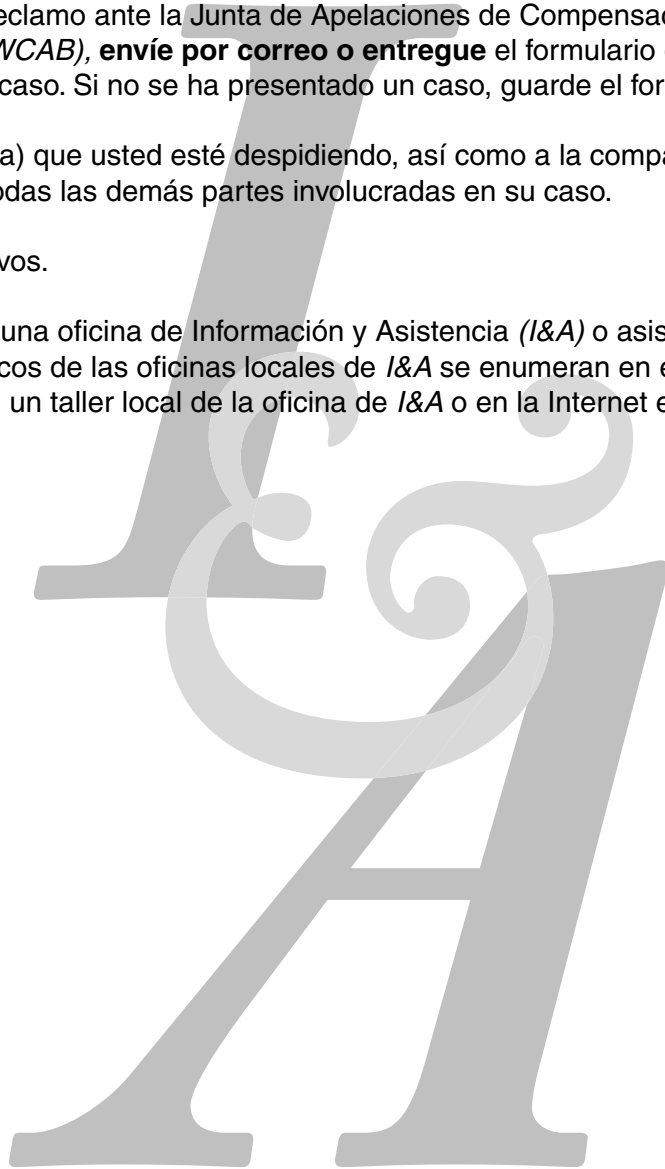
Complete el formulario. Siga el ejemplo adjunto. Asegúrese de firmar y fechar el formulario.

Si su abogado(a) ha llevado su reclamo ante la Junta de Apelaciones de Compensación para Trabajadores (*Workers' Compensation Appeals Board - WCAB*), **envíe por correo o entregue** el formulario original a la oficina local de la *WCAB* en donde se presentó su caso. Si no se ha presentado un caso, guarde el formulario original para sus archivos.

Envíe una copia al/a la abogado(a) que usted esté despidiendo, así como a la compañía de seguros. Envíe una copia de este formulario por correo a todas las demás partes involucradas en su caso.

Guarde una copia para sus archivos.

Si usted necesita ayuda, llame a una oficina de Información y Asistencia (*I&A*) o asista a un taller para trabajadores lesionados. Los números telefónicos de las oficinas locales de *I&A* se enumeran en el reverso de esta guía. Usted puede obtener información sobre un taller local de la oficina de *I&A* o en la Internet en www.dir.ca.gov/dwc.



La información contenida en esta guía es de índole general y no pretende substituir asesoramiento legal. Los cambios en la ley o los datos específicos de su caso podrían resultar en interpretaciones legales distintas, de las que aquí se presentan.

DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION DISTRICT OFFICES

ANAHEIM, 92801-1162

1661 N. Raymond Ave., Suite 200
Information & Assistance Unit (714) 738-4038

BAKERSFIELD, 93301-1929

1800 30th Street, Suite 100
Information & Assistance Unit (661) 395-2514

EUREKA, 95501-0481

100 "H" Street, Suite 202
Information & Assistance Unit (707) 441-5723

FRESNO, 93721-2219

2550 Mariposa Mall, Suite 4078
Information & Assistance Unit (559) 445-5355

GOLETA, 93117-5551

6755 Hollister Avenue, Suite 100
Information & Assistance Unit (805) 968-4158

GROVER BEACH, 93433-2261

1562 W. Grand Avenue
Information & Assistance Unit (805) 481-3380

LONG BEACH, 90802-4304

300 Oceangate Street, Suite 200
Information & Assistance Unit (562) 590-5240

LOS ANGELES, 90013-2329

320 West 4th Street, 9th Floor
Information & Assistance Unit (213) 576-7389

MARINA DEL REY, CA 90292-6902

4720 Lincoln Blvd. 2nd Floor
Information & Assistance Unit (310) 482-3858

OAKLAND, 94612

1515 Clay Street, 6th Floor
Information & Assistance Unit (510) 622-2861

OXNARD, 93036-8293

2220 East Gonzales Road, Suite 100
Information & Assistance Unit (805) 485-3528

POMONA, 91768-2653

732 Corporate Center Drive
Information & Assistance Unit (909) 623-8568

REDDING, 96001-2796

2115 Civic Center Drive, Suite 15
Information & Assistance Unit (530) 225-2047

RIVERSIDE, 92501-3337

3737 Main Street, Suite 300
Information & Assistance Unit (951) 782-4347

SACRAMENTO, 95825-2403

2424 Arden Way, Suite 230
Information & Assistance Unit (916) 263-2741

SALINAS, 93906-2037

1880 North Main Street, Suites 100 & 200
Information & Assistance Unit (831) 443-3058

SAN BERNARDINO, 92401-1411

464 West Fourth Street, Suite 239
Information & Assistance Unit (909) 383-4522

SAN DIEGO, 92108-4424

7575 Metropolitan Drive, Suite 202
Information & Assistance Unit (619) 767-2170

SAN FRANCISCO, 94102-7014

455 Golden Gate Avenue, 2nd Floor
Information & Assistance Unit (415) 703-5020

SAN JOSE, 95113-1402

100 Paseo de San Antonio, Suite 241
Information & Assistance Unit (408) 277-1292

SANTA ANA, 92701-4033

28 Civic Center Plaza, Suite 451
Information & Assistance Unit (714) 558-4597

SANTA ROSA, 95404-4771

50 "D" Street, Suite 420
Information & Assistance Unit (707) 576-2452

STOCKTON, 95202-2314

31 East Channel Street, Suite 344
Information & Assistance Unit (209) 948-7980

VAN NUYS, 91401-3370

6150 Van Nuys Blvd., Suite 105
Information & Assistance Unit (818) 901-5374

EJEMPLO

STATE OF CALIFORNIA
Department of Industrial Relations
Division of Workers' Compensation
WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD

Su nombre)
)
)
Applicant,))
)
vs.)
)
Nombre del empleador y)
Nombre de la compañía de seguros)
)
Defendants)

Case No. Número de caso

Notice of Dismissal of Attorney

I, _____ Su nombre _____, applicant in the above-entitled case, have heretofore been represented by _____ Nombre de su abogado _____ as my attorney of record. I have dismissed said attorney and have no attorney whatsoever at the present time and wish to have future documents served upon me and not on my former attorney.

Copies of this notice were mailed to the following:

1. WCAB _____
2. Compañía de seguros _____
3. Su abogado _____
4. Cualquier otro partido involucrado en su caso _____

on _____ Fecha _____
(Date)

Su firma

(Applicant)

Su domicilio

(Address)

STATE OF CALIFORNIA
Department of Industrial Relations
Division of Workers' Compensation
WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD

) *Case No.*

)

)

) *Applicant,*

)

vs.

)

)

)

) *Defendants'*

**Notice of
Dismissal of Attorney**

I, _____, applicant in the above-entitled case, have heretofore been represented by _____ as my attorney of record. I have dismissed said attorney and have no attorney whatsoever at the present time and wish to have future documents served upon me and not on my former attorney.

Copies of this notice were mailed to the following:

on _____

(Date)

(Applicant)

(Address)