

**Court of Appeals, Division One, State of Arizona**  
**Tribunal de Apelaciones, División Primera, Estado de Arizona**

\* \* \* *Este formulario debe completarse en inglés* \* \* \*

<p><b>Filer Information/Información del declarante</b></p> <p>Name/Nombre: _____</p> <p>Address/Dirección: _____</p> <p>City, State, Zip Code/Ciudad, estado, código postal: _____</p> <p>Telephone/Teléfono: _____</p> <p>Email/Correo electrónico: _____</p> <p><input type="checkbox"/> I am self-represented <i>(if checked, skip attorney info below)</i>          Soy mi propio representante <i>(si se marca, no complete la información del abogado a continuación)</i></p> <p>Attorney for/Abogado de: _____</p> <p>Law firm name/Nombre del estudio jurídico: _____</p> <p>State Bar number/Número de habilitación estatal: _____</p>	<p><i>For Court Use Only/Para uso exclusivo del tribunal</i></p>
<p>Petitioner <i>(worker name)</i>/Demandante <i>(nombre del trabajador)</i>: _____</p>	<p>Court of Appeals case number/Número de caso en el Tribunal de Apelaciones: _____</p> <p>1 CA-IC</p>
<p>Respondent/Demandado: _____</p> <p><i>Industrial Commission of Arizona/Comisión industrial de Arizona</i></p> <p>Respondent Employer <i>(company name)</i>/Empleador demandado <i>(nombre de la empresa)</i>: _____</p> <p>Insurance company <i>(if applicable)</i>/Compañía de seguro <i>(si corresponde)</i>: _____</p>	<p>ICA Claim number/Número de demanda ICA: _____</p> <p>Carrier Claim number <i>(if applicable)</i>/Número de transporte de demanda <i>(si corresponde)</i>: _____</p>
<p>_____</p> <p><b><i>(Document Title)/(Título del documento)</i></b></p>	