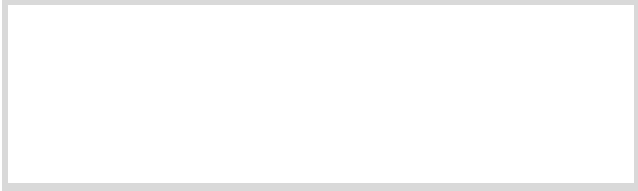




SOLICITUD PARA COMPENSACIÓN POR REDUCCIÓN DE INGRESOS (MÉDICO)

Unit	Work Position
Número del reclamo	
Fecha de la solicitud	
Fecha de la lesión	



Cómo solicitar: 1) Complete y firme la sección del trabajador de este formulario. 2) Pídale a su doctor y empleador que completen las secciones que les correspondan. 3) Envíe estos documentos a la dirección escrita arriba. Si tiene preguntas, póngase en contacto con su gerente de reclamo.

Sección del trabajador

En el momento de la lesión, estaba trabajando: _____ horas por día _____ días por semana.
 Actualmente estoy trabajando: _____ horas por día _____ días por semana.
Mis ingresos brutos, sin deducciones, por el período de trabajo: ____/____/____ hasta ____/____/____ fueron \$ _____ dólares
 (mes, día, año) (mes, día, año)

En el día que se lesionó, ¿Estaba su empleador pagando alguna parte del seguro médico, dental y/o de la vista de Ud. y/o su familia o proporcionando vivienda, comida y/o combustible (servicios públicos)? Sí No
 ¿Continúa recibiendo estos beneficios? Sí No Fecha en que terminaron los beneficios ____/____/____

Mi empleador actual está/estuvo pagando parte de mi seguro médico, dental o de la vista durante este período de trabajo Sí No

Con mi firma estoy certificando que: Entiendo que si hago una declaración falsa sobre mis actividades o mi condición física, tendré que devolver mis beneficios y podría afrontar sanciones civiles o criminales. Entiendo que tengo que reportar en este formulario, si realizo cualquier tipo de trabajo (remunerado o no), si mi doctor me da de alta para trabajar, si estoy encarcelado y bajo sentencia o si hay algún cambio en la custodia legal de mis hijos.

Fecha _____ Firma del trabajador _____

Sección del empleador El empleador debe completar esta parte o puede adjuntar una copia de su recibo de pago por el período mencionado arriba.

El período de salario pagado fue del ____/____/____ al ____/____/____ Salario bruto pagado \$ _____ dólares
 (mes/día/año) (mes/día/año)

Durante este período: # horas disponibles de trabajo _____ # horas trabajadas _____
 ¿Pagó el salario como vacaciones durante este período? No Sí Cantidad pagada \$ _____
 ¿Pagó el salario como ausencia por enfermedad durante este período? No Sí Cantidad pagada \$ _____
 ¿Pagó el salario como días feriados? No Sí Cantidad pagada \$ _____

¿Está contribuyendo actualmente al seguro médico, dental y/o de la vista del trabajador y/o de su familia y/o está proporcionando vivienda, comida y/o combustible (servicios públicos)? No Fecha en que terminaron los beneficios _____
 Sí Cantidad de la contribución \$ _____ Por favor marque si su contribución era por Hora Día Semana Mes

Nombre del empleador _____ Número de teléfono _____

Fecha (mes/día/año) _____ **Yo certifico que los ingresos declarados arriba son correctos de acuerdo a nuestros records.**
 Firma del empleador _____ Puesto _____

Sección del doctor Diagnóstico por lesión o enfermedad ocupacional:

La presente discapacidad permite solamente que el trabajador realice: Trabajo modificado / liviano Horas reducidas. Indique las horas por día _____ días por semana _____

Enumere y explique las restricciones físicas:

Ha recomendado al trabajador que regrese al horario de trabajo previo a la lesión o a sus actividades laborales previas a la lesión <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuándo? _____ (mes/día/año)	Si no lo ha recomendado, ¿Cuándo anticipa que el trabajador podrá regresar a su horario de trabajo previo a la lesión o a sus actividades laborales previas a la lesión?
---	---

¿Hay factores que impidan la recuperación? (condiciones médicas no relacionadas, socioeconómicas o dependencia a sustancias químicas) Sí No
 Si su respuesta es Sí, explique y use hojas adicionales si es necesario.

¿La condición del trabajador por esta lesión ha alcanzado la máxima mejoría médica? Sí No

¿Habrá discapacidad permanente debida a esta lesión? Sí No Indeterminado

Comentarios: _____

Teléfono # _____ Fecha (mes/día/año) _____ Firma del médico _____