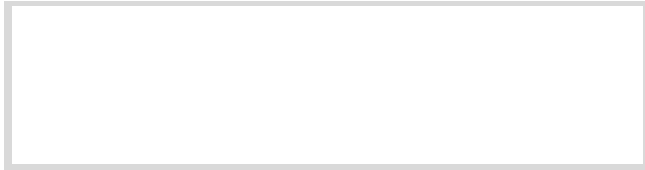




SOLICITUD PARA COMPENSACIÓN POR REDUCCIÓN DE INGRESOS (VOCACIONAL)

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 _____

Employer's Section To be completed by employer or a copy of your payroll record for the above period can be attached.

Wages were paid for the period _____ to _____ Gross Wage paid \$ _____
 During this period: # work hours available _____ # hours worked _____
 Were vacation wages paid during this period? No Yes Amount paid \$ _____
 Were sick leave wages paid during this period? No Yes Amount paid \$ _____
 Were holiday wages paid during this period? No Yes Amount paid \$ _____
 Are you currently contributing to the worker and/or worker's family medical, dental and/or vision benefits, or providing housing, board and/or fuel (utilities)? No Date ended _____
 Yes Amount of contribution \$ _____ Please check if your contribution was by the Hour Day Week Month

Name of employer _____ Phone Number _____

Date _____ **I certify that the earnings shown above are correct, according to our records.**
 Employer's signature _____ Title _____

Vocational Counselor's Section

NOTE: This information can be given verbally as long as the written documentation is submitted to the department.

Which of the following applies to this worker? Retraining Plan Modified/Lighter Duty Reduced hours
 Reduced wages What is the anticipated end date? _____
 Is the worker fulfilling all responsibilities to aid in his/her return to work? Yes No If no, why not? _____

Comments: _____

Phone # _____	Date _____	Counselor's signature _____
---------------	------------	-----------------------------