



Complete esta información si es que la sabe:

Número de DWC

Número de la aseguradora

Solicitud para recibir beneficios de ingresos suplementarios (SIBs)

Parte 1: Información sobre la reclamación

1. Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	2. Número de seguro social (últimos cuatro dígitos) XXX-XX-
3. Dirección (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)	4. Número de teléfono
5. Fecha de la lesión (mm/dd/aaaa)	6. Dirección de correo electrónico
7. Nombre de la aseguradora	8. Nombre del ajustador
9. Número de teléfono del ajustador	10. Número de fax del ajustador

Parte 2: Información sobre el trimestre de SIBs

Marque uno: Primer trimestre Todos los demás trimestres: ingrese el número del trimestre

11. Fechas del periodo de calificación Fecha en que inicia: (mm/dd/aaaa) Fecha en que termina: (mm/dd/aaaa)		12. Fechas del trimestre Fecha en que inicia: (mm/dd/aaaa) Fecha en que termina: (mm/dd/aaaa)	
13. Porcentaje de impedimento de cuerpo entero	14. Fecha del mejoramiento máximo médico (mm/dd/aaaa)	15. Fecha límite para presentar la solicitud (mm/dd/aaaa)	16. Número de búsquedas de trabajo que son requeridas

Parte 3: Estado de trabajo durante el periodo de calificación (marque el estado para cada semana)

17. Estado	Semana												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
En busca de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabilitación vocacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No puedo trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre del empleado:									Para uso exclusivo de DWC				
Número de reclamación de DWC:													

Parte 4: Salarios ganados durante el periodo de calificación (debe proporcionar talones de cheques)

Semana	18. Semanal	19. Quincenal	20. Mensual	21. Fechas del periodo de pago (mm/dd/aaaa-mm/dd/aaaa)	22. Salario bruto
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					

Parte 5: Certificación**23. Yo certifico que:**

- Yo gano menos del 80% de mi promedio del salario semanal debido a mi impedimento.
- Yo no pude trabajar debido a mi lesión o hice un esfuerzo activo para encontrar un trabajo.
- Yo no recibí una suma total por ningún beneficio de ingresos de impedimento.
- La información contenida en esta solicitud es verdadera.

Firma _____ Fecha _____

Nombre del empleado:

Número de reclamación de DWC:

Para uso exclusivo de DWC

Parte 6: Decisión de la aseguradora sobre los beneficios para otros trimestres

24. Número del trimestre	25. Fecha en que inicia (mm/dd/aaaa)	26. Fecha en que termina (mm/dd/aaaa)
27. Elija uno: <input type="checkbox"/> Aprobado: Usted recibirá beneficios de ingresos suplementarios. 28. Su pago mensual por tres meses \$ <input type="checkbox"/> Denegado: Usted no recibirá beneficios de ingresos suplementarios porque: 29. (marque la razón por la cual fue denegado): <input type="checkbox"/> Usted no proporcionó suficiente información para demostrar que cumplió con los requisitos de búsqueda de trabajo. <input type="checkbox"/> La lesión no es la razón por la que usted no puede trabajar. <input type="checkbox"/> Su ingreso es más del 80% de lo que usted ganaba antes de resultar lesionado. <input type="checkbox"/> Usted ya no cumple con los requisitos para recibir beneficios de ingresos suplementarios. <input type="checkbox"/> Otro (proporcione una razón):		
30. Firma de la persona autorizada que revisó el caso	31. Fecha (mm/dd/aaaa)	
32. Nombre en letra de molde de la persona autorizada que revisó el caso		
33. Título	34. Número de teléfono	

Nombre del empleado:

Número de reclamación de DWC:

Para uso exclusivo de DWC

Preguntas Frecuentes

Solicitud para recibir beneficios de ingresos suplementarios (SIBs)

¿A dónde debo enviar este formulario?

- Para el **primer trimestre**, envíe este formulario y cualquier documentación pertinente al Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (Division of Workers' Compensation -DWC, por su nombre y siglas en inglés) antes de la fecha límite de presentación que aparece en la carta de notificación de SIBs.

Por fax al: 512-804-4378

Por correo postal a: Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation
Claims and Customer Services, Mail Code CCS
PO Box 12050
Austin, TX 78711

- Para todos los demás trimestres, envíe la solicitud y documentación pertinente a la aseguradora a través de fax, correo postal o correo electrónico.

¿Qué se necesita para cumplir con los requisitos de búsqueda de trabajo?

Para **cada semana** durante el periodo de calificación, usted debe:

- 1) demostrar participación en un programa de rehabilitación vocacional proporcionado por la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas (Texas Workforce Commission -TWC, por su nombre y siglas en inglés) o un proveedor privado de rehabilitación vocacional;
- 2) demostrar participación en los esfuerzos de búsqueda de trabajo realizados a través de la TWC; o
- 3) demostrar que usted estaba buscando activamente un trabajo adjuntando solicitudes de empleo u otros documentos que demuestren que usted ha aplicado o solicitado un trabajo.

Usted puede utilizar el registro de búsqueda de trabajo adjunto para realizar un seguimiento de las solicitudes que ha presentado cada semana. Usted puede adjuntar más páginas de búsqueda de trabajo en caso de ser necesario.

El número de búsquedas de trabajo semanales se basa en el condado en el que usted vive. Comuníquese con DWC o visite www.twc.texas.gov/jobseekers/required-number-work-search-activities-county para conocer la cantidad de búsquedas de trabajo que requiere su condado. Si usted está fuera del estado, comuníquese con su oficina de desempleo local para averiguar cuántas búsquedas de trabajo debe realizar.

¿Qué sucede si yo no puedo realizar ningún tipo de trabajo en ninguna capacidad?

Usted debe proporcionar un reporte narrativo de un médico que explique específicamente cómo es que su lesión causa una incapacidad total para trabajar, y ningún otro registro muestra que usted puede regresar a trabajar.

¿Puedo presentar la solicitud aún si estoy trabajando?

Sí, si usted gana menos del 80% de su promedio del salario semanal debido a un impedimento permanente debido a su lesión. Usted puede documentar esto con talones de cheques o con declaraciones de salario. Usted debe cumplir con los requisitos de búsqueda de trabajo durante cualquier semana durante el período de calificación en el que no esté trabajando.

¿Qué sucede si mi solicitud es denegada?

Usted puede solicitar una conferencia para revisión de beneficios (benefit review conference, por su nombre en inglés). En la conferencia, una persona de DWC los escuchará a usted y a la aseguradora y tratará de ayudarlos para llegar a un acuerdo. Un empleado lesionado que no esté representado por un abogado también puede obtener ayuda comunicándose con la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel, por su nombre en inglés) al 866-393-6432.

¿Tiene preguntas?

Llame al 800-252-7031, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora del centro. Visite www.tdi.texas.gov/wc para obtener más información sobre la compensación para trabajadores.

Nota: Con pocas excepciones, si lo solicita, usted tiene derecho a:

- Estar informado sobre la información que DWC reúne sobre usted.
- Recibir y revisar la información (Secciones del Código Gubernamental 552.021 y 552.023).
- Pedir que DWC corrija la información que está incorrecta (Sección del Código Gubernamental 559.004).

Para más información, contacte a DWCLegalServices@tdi.texas.gov o consulte la sección para el Procedimiento de Correcciones en www.tdi.texas.gov.

