Department of Labor and Industries
Claims Section
PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291

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 ☐ Si Cantidad pagada $_____

¿Pagó el salario como ausencia por enfermedad durante este período? ☐ No ☐ Si Cantidad pagada $_____

¿Pagó el salario como días feriados? ☐ No ☐ Si 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 _____

☐ Si 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 ☐ No ☐ **Si** ¿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 substancias químicas) ☐ Si ☐ No

Si su respuesta es Si, explique y use hojas adicionales si es necesario.

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

¿Habrá discapacidad permanente debida a esta lesión? ☐ Si ☐ No ☐ Indeterminado

Comentarios:

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

RESET