

**U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE
OFFICE OF JUSTICE PROGRAMS
BUREAU OF JUSTICE ASSISTANCE
PUBLIC SAFETY OFFICERS' BENEFITS PROGRAM
WASHINGTON, D.C. 20531
INFORME DE DISCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
DE UN FUNCIONARIO DE SEGURIDAD PÚBLICA**

**FOR BJA USE ONLY/
SÓLO PARA USO DE BJA**

PDC _____

CASE NUMBER/
NÚM. DE CASO _____

DATE RECEIVED/
RECIBIDO EL _____

Esta información se solicita de conformidad con la Ley Ómnibus de Control de Delitos y Calles Seguras de 1968 (Omnibus Crime Control and Safe Streets Act of 1968), según enmendada (42 U.S.C. 3796), y su divulgación es voluntaria. El Departamento de Justicia usará este formulario para determinar la elegibilidad de un funcionario total y permanentemente discapacitado para recibir el pago de beneficios, y la información podrá ser divulgada a agencias federales, estatales y locales para verificar la elegibilidad para beneficios. La divulgación del Número de Seguro Social de una persona es voluntaria. El no proporcionar la información solicitada podría resultar en una demora del procesamiento del formulario y la obtención de los beneficios. **FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE O A MÁQUINA.**

1. NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL FUNCIONARIO DISCAPACITADO

2. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

3. FECHA DE NACIMIENTO

4. FECHA DE LA LESIÓN

5. DECLARACIÓN SOBRE OTRAS RECLAMACIONES PRESENTADAS ANTE EL GOBIERNO DE LOS ESTADOS UNIDOS Y/O EL DISTRITO DE COLUMBIA: ¿Se ha presentado una reclamación de beneficios bajo (favor de encerrar en un círculo):

(1) La Ley Federal de Compensación a Trabajadores por Accidentes en el Trabajo, Sección 8191 título 5 del Código de EE.UU.? SÍ NO

(2) La Ley de Jubilación y Discapacidad de D.C. del 1 de septiembre de 1916, Sección 4-622? SÍ NO

6. NOMBRE Y DIRECCION POSTAL DE LA AGENCIA, ORGANIZACIÓN O UNIDAD DE SEGURIDAD PÚBLICA EN CUYO SERVICIO SUFRIÓ LA LESIÓN

7. NOMBRE DEL OFICIAL SUPERIOR DEL FUNCIONARIO DISCAPACITADO

8. NÚM. DE TELÉFONO

9. FAVOR DE ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA CONDICIÓN DE EMPLEO DEL FUNCIONARIO AL MOMENTO DE SUFRIR LA LESIÓN

TIEMPO COMPLETO

TIEMPO PARCIAL

VOLUNTARIO

EJÉRCITO

OTRO (Especifique)

10. FAVOR DE ENCERRAR EN UN CÍRCULO Y ADJUNTAR TODOS LOS INFORMES CORRESPONDIENTES RELACIONADOS CON LA CAUSA DIRECTA DE LA DISCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE. PROPORCIONE UNA COPIA CERTIFICADA DEL INFORME ORIGINAL.

DECLARACIÓN DETALLADA DE LAS CIRCUNSTANCIAS

EXPEDIENTES MÉDICOS/HOSPITALARIOS

INVESTIGACIÓN

ANÁLISIS DE TOXICOLOGÍA

OTRO

11. AL MOMENTO DE SUFRIR LA LESIÓN QUE OCASIONÓ LA DISCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, ¿SE ENCONTRABA EL FUNCIONARIO:

TRABAJANDO UN TURNO REGULAR? _____ UN TURNO DE TIEMPO EXTRA? _____ LIBRE? _____ FAVOR DE MARCAR UNO. SI ESTABA LIBRE, SÍRVASE ADJUNTAR LAS REGLAS, LOS REGLAMENTOS O LA LEY QUE AUTORIZA U OBLIGA AL FUNCIONARIO A DESEMPEÑAR SUS DEBERES FUERA DE SUS HORAS DE TURNO PROGRAMADAS.

<u>COMO</u>	<u>AL SERVICIO DE</u>
_____ OFICIAL DE POLICÍA	_____ GOBIERNO ESTATAL
_____ FUNCIONARIO DEL SISTEMA CARCELARIO	_____ UNIDAD DEL GOBIERNO LOCAL
_____ FUNCIONARIO DE LIBERTAD CONDICIONAL	_____ GOBIERNO FEDERAL
_____ FUNCIONARIO DE LIBERTAD BAJO PALABRA	_____ DEPARTAMENTO DE BOMBEROS, AMBULANCIA O CUADRILLA DE RESCATE POR VOLUNTARIOS ORGANIZADO LEGALMENTE, DIPUTADO O CONFORMADO POR UNA AGENCIA PÚBLICA PARA DESEMPEÑARSE EN SU NOMBRE PARA PROPORCIONAR SERVICIOS DE COMBATE DE INCENDIOS O RESCATE AL PÚBLICO
_____ BOMBERO	
_____ MIEMBRO DE UNA CUADRILLA DE AMBULANCIA Y RESCATE	
_____ OTRO (Especifique)	_____ OTRO (Especifique)

12. ¿FUE LA LESIÓN DEL FUNCIONARIO EL RESULTADO DE: SÍ NO SE DESCONOCE

NEGLIGENCIA?

MALA CONDUCTA INTENCIONAL?

UN INTENTO DE OCASIONARSE UNA LESIÓN?

INTOXICACIÓN VOLUNTARIA?

13. SI SE SABE, PROPORCIONE LOS NOMBRES Y DIRECCIONES DE TESTIGOS DE LA LESIÓN DEL FUNCIONARIO, SI NO SE PROPORCIONAN EN LOS INFORMES DE INVESTIGACIÓN.

CERTIFICACIONES: Cualquier respuesta falsa a cualquier pregunta de esta declaración puede constituir motivo para negar el pago de los beneficios y pudiera ser sancionada con multa o encarcelamiento (Código de EE.UU., Título 18, Sec. 1001). Toda la información proporcionada por usted se tomará en consideración al revisar la reclamación y está sujeta a investigación.

14. ORGANIZACIÓN EMPLEADORA—A nuestro mejor saber y entender, la información antes indicada es verdadera y completa.

NOMBRE Y CARGO DEL JEFE DE LA AGENCIA EMPLEADORA ESCRITOS A MÁQUINA FIRMA DEL JEFE DE LA AGENCIA EMPLEADORA
(comisionado, jefe, alguacil, carcelero, etc.)

NÚM. DE TELÉFONO

FECHA

15. Firma del funcionario discapacitado o su representante autorizado (Si es el representante, proporcione una declaración jurada del funcionario otorgando el poder judicial)

Firma

Fecha

De conformidad con la Ley de Reducción del Papeleo, no se requiere que una persona responda a un instrumento de recopilación de información a menos que el mismo muestre un número de control de OMB actualmente válido. Intentamos crear formularios e instrucciones precisos, fáciles de entender y que le impongan la menor carga posible al proporcionarnos la información. El tiempo promedio estimado para llenar y presentar esta solicitud es aproximadamente 60 minutos por solicitud. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de esta estimación o sugerencias para que este formulario sea más sencillo, sírvase escribir a Public Safety Officers' Benefits Program, 810 7th Street, N.W., Washington, D.C. 20531.

