



Texas Department of Insurance
Division of Workers' Compensation

7551 Metro Center Drive, Suite 100 • Austin, Texas 78744-1609
512-804-4000 • 512-804-4001 fax • www.tdi.state.tx.us

**ESTE FORMULARIO DEBE LLENARSE
COMPLETAMENTE Y DEBE SER FIRMADO
Y FECHADO ANTE UN NOTARIO PÚBLICO.**

CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA UN POSIBLE EMPLEO

Por favor lea cuidadosamente las instrucciones al reverso de esta hoja antes de entregar este formulario. Si la información está incompleta o incorrecta se le devolverá este formulario sin tomar ninguna acción.

SECCIÓN I : DEBE COMPLETARSE POR EL SOLICITANTE DE TRABAJO	
1. Nombre del Solicitante (Escriba en letra de molde o a máquina)	3. Número de Seguro Social
2. Dirección del Solicitante (Escriba en letra de molde o a máquina)	4. Fecha en que sometió la solicitud de trabajo

Yo entiendo que la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas permite la entrega de cierta información relacionada con lesiones anteriores en el trabajo a un posible empleador en Texas que cuenta con un seguro de compensación para trabajadores si el empleador obtiene mi autorización por escrito antes de solicitar esta información. También entiendo que si el empleador está cubierto, la Ley para Americanos con Incapacidades (Americans With Disabilities Act, por su nombre en inglés), la información acerca de mi reclamo anterior de compensación puede ser entregada únicamente si el empleador indicado ha completado y certificado propiamente este formulario. Futuros empleadores que sometan válidamente los formularios, se les proporcionará un reporte acerca de su lesión en el trabajo únicamente si el solicitante de trabajo ha tenido dos o más lesiones relacionadas con el trabajo en los últimos cinco años. Yo, por la presente autorizo la entrega de la información permitida por la ley acerca de mis lesiones relacionadas con el trabajo al futuro empleador nombrado en la parte de abajo.

Firma del Solicitante de Trabajo _____ Fecha _____

JURADO Y SUSCRITO ANTE MÍ POR _____

(Escriba en letra de molde el nombre del solicitante de trabajo)

ESTE DÍA _____ DE _____, DEL AÑO _____.

Firma del Notario Público

Escriba en letra de molde el nombre del Notario Público

Mi Comisión expira: _____

(Sello)

SECCIÓN II: DEBE COMPLETARSE POR EL FUTURO EMPLEADOR EN TEXAS		
1. Nombre del Empleador (Escriba en letra de molde o a máquina)	3. Número de identificación de impuestos federales de la empresa (FEIN)	4. Fecha en que se recibió la solicitud
2. Dirección del Empleador (Escriba en letra de molde o a máquina)	5. Número de teléfono del empleador ()	

Yo soy un posible empleador en Texas que tiene seguro de compensación para trabajadores. Yo tengo derecho a recibir información acerca de una lesión anterior de un solicitante de trabajo bajo la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas, Código Laboral de Texas, Sección 402.087. No se me ha prohibido recibir esta información bajo la Ley para Americanos con Incapacidades de 1990 (Americans With Disabilities Act of 1990, por su nombre en inglés), 42 U.S.C. §12101 et. seq. porque: (El Empleador debe marcar uno de los siguientes)

- Yo soy un empleador en Texas que no está cubierto por la Ley para Americanos con Incapacidades de 1990. (La Ley para Americanos con Incapacidades de 1990 define a un "empleador" como "una persona implicada en alguna industria que afecta el comercio y tiene más de 15 empleados por cada día de trabajo en cada una de las 20 o más semanas del calendario de trabajo en el presente año o en años anteriores y cualquier agente de dicha persona")
- Yo soy un empleador en Texas que está cubierto por la Ley para Americanos con Incapacidades de 1990, quien está solicitando esta información antes de contratar a la persona mencionada arriba, pero después de que se hizo una oferta condicional de trabajo al solicitante nombrado en la parte de arriba. Yo estoy solicitando esta información acerca de los posibles trabajadores que ya han aplicado para un trabajo en esta categoría, sin importar su incapacidad. Información acerca de la Ley para Americanos con Incapacidades puede ser obtenida comunicándose al 1-800- 949-4232; TDD 1 (713) 520-5136 o con la Comisión de Derechos Humanos de Texas (Texas Commission on Human Rights, por su nombre en inglés) al teléfono (512) 437-3450.

La División cobra al futuro empleador una cuota de \$ 2.00 por cada solicitud. Su pago debe ser adjunto con la solicitud. El Formulario DWC156 será devuelto sin tomar ninguna acción si usted no adjunta el pago. La cantidad de la cuota está sujeta a cambios en cualquier momento. Haga su cheque pagadero a DWC.

Yo certifico que soy un representante autorizado del empleador y las declaraciones en el párrafo de la Sección II de este documento es verdadero, completo y correcto a mi mejor entendimiento y conocimiento.

Firma del Representante / Empleador _____ Fecha _____

JURADO Y SUSCRITO ANTE MÍ POR _____

(Escriba en letra de molde el nombre del Representante / Empleador)

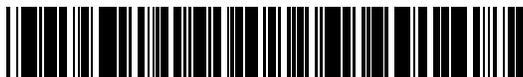
ESTE DÍA _____ DE _____, DEL AÑO _____.

Firma del Notario Público

Escriba en letra de molde el nombre del Notario Público

Mi Comisión expira: _____

(Sello)



INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DWC156 CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA UN POSIBLE EMPLEO

INFORMACIÓN GENERAL:

1. **EI PAGO DEBE ADJUNTARSE CON CADA SOLICITUD.** Cada Formulario DWC156 que es procesado requiere un pago de \$2.00, el cual incluye franqueo postal. El formulario será devuelto sin tomar ninguna acción si el pago no es adjunto. La cantidad de pago puede cambiar en cualquier momento. **Haga los cheques pagaderos a DWC.**
2. Use el Formulario DWC156, CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA UN POSIBLE EMPLEO, para obtener información confidencial acerca de un reclamo de compensación de personas que han sometido solicitudes de trabajo. La División proporcionará las fechas de las lesiones y la descripción general de dos o más lesiones que hayan sido sometidas por el solicitante en los últimos cinco años de empleo. El uso de este servicio no es obligatorio. Refiérase al Aviso 99-01 para mayor información. Para obtener una copia del Aviso 99-01 visite la página de Internet de la División en www.tdi.state.tx.us.
3. El Formulario DWC156 **DEBE LLENARSE COMPLETAMENTE.** Por favor escriba en tinta negra y en letra de molde o a máquina. El formulario **original** firmado y notariado debe enviarse por correo o entregarse personalmente a no más tardar de 14 días a partir de la fecha en la que la solicitud de trabajo fue sometida.
4. Para mayor información o para asistencia en como completar el Formulario DWC-156, comuníquese con la sección de Reprographics/Pre Employment al (512) 804-4990 Ext. 391.
5. El Formulario DWC156 **NO PUEDE SER ENVIADO POR FAX** y será devuelto sin tomar ninguna acción. Información confidencial no será proporcionada por teléfono.
6. Para poder ser elegible para obtener información confidencial, el empleador en Texas debe tener cobertura de seguro de compensación para trabajadores. La cobertura será verificada antes que la información pueda ser dada al público.

SECCIÓN I - INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE DE TRABAJO.

1. El solicitante debe proporcionar su nombre completo, su dirección y su número de seguro social. El día en que fue sometida la aplicación de trabajo debe ser indicada en la Sección I, Casilla 4.
2. El solicitante debe firmar el formulario ante un notario público y el notario a su vez debe llenar la parte que aparece en el formulario destinado para que se complete por él mismo.

SECCIÓN II - INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR

1. El empleador en Texas debe proporcionar el nombre de la compañía, dirección, número de teléfono y el número de identificación de impuestos federales (Federal Employer Identification Number, por su nombre en inglés).
2. El empleador en Texas puede autorizar a un empleado de la compañía que solicite y reciba información confidencial en su nombre. El empleado autorizado debe firmar el formulario ante un notario público y el notario a su vez debe llenar la parte que aparece en el formulario destinado para que se complete por él mismo. Una declaración incompleta o incorrecta será devuelta al empleador sin tomar ninguna acción.
3. Información con respecto a la Ley para Americanos con Incapacidades, debe completarse marcando una de las selecciones.

IMPORTANTE:

AL ELABORAR EL FORMULARIO DWC-156, EL EMPLEADOR EN TEXAS REPRESENTA QUE ÉL O ELLA TIENE DERECHO A LA INFORMACIÓN QUE HA SIDO SOLICITADA Y QUE ÉL O ELLA TIENE COMPLETA AUTORIDAD PARA ACTUAR COMO EL SOLICITANTE. ES UN DELITO MENOR (CLASE A) EL QUE PERSONAS SIN AUTORIZACIÓN RECIBAN INFORMACIÓN CONFIDENCIAL O REVELEN ESTA INFORMACIÓN A PERSONAS QUE NO ESTÁN AUTORIZADAS. CÓDIGO LABORAL DE TEXAS, SECCIONES 402.064; 402.084; 402.087 & 402.091.