

CLAIM# \_\_\_\_\_

Carrier's Claim # \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DEL TRABAJADOR LESIONADO PARA RECIBIR UN PAGO ACELERADO DE BENEFICIOS POR CAUSA DEL IMPEDIMENTO CORPORAL**

1. Nombre del Trabajador	4. Número de Teléfono
2. Calle o Apartado Postal	5. Fecha de Lesión
Ciudad                      Estado                      Apartado Postal	6. Nombre de la Compañía de Seguros
3. Número de Seguro Social	7. Nombre del Empresario
8. Cantidad de pago acelerado que ha sido solicitado (el pago acelerado no debe exceder el salario neto que tenía el trabajador lesionado antes del accidente el cual es basado en 85% de su salario promedio antes del accidente). \$ _____	
9. Por favor explique la razones de su adversidad que forman la base en solicitar un pago acelerado de beneficios de ingresos por impedimento.	

**TRABAJADOR LESIONADO: POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE**

10. a) Este formulario debe ser llenado y entregado a la División únicamente si usted está recibiendo beneficios por causa del impedimento corporal y si no hay una disputa pendiente acerca del porcentaje de impedimento corporal.  
b) La aceleración de beneficios de ingresos por impedimento aumentará la cantidad de los pagos semanales pero reducirá el número de semanas que usted recibirá beneficios de ingresos por impedimento.  
c) Si usted tiene derecho a recibir beneficios de ingresos suplementales y usted recibe pagos acelerados de beneficios de ingresos por impedimento, el periodo de pago de beneficios de ingresos suplementales no empezará hasta que termine el número de semanas original de beneficios de ingresos por impedimento. Esto quiere decir que usted no recibirá beneficios semanales entre su último pago acelerado y el comienzo de los beneficios de ingresos suplementales.

Yo he leído y entiendo que los pagos acelerados afectaran los pagos semanales. Yo certifico que la información que he proporcionado es correcta en mi mejor entendimiento.

Firma del trabajador lesionado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**ORDEN DE LA DIVISIÓN**

Pago Acelerado Aprobado      La compañía de seguros deberá iniciar pagos acelerados no más tarde de 7 días después de recibir notificación acerca de la aprobación por parte de la Comisión. (Vea el reverso de la hoja.)

Numero de pagos acelerados \_\_\_\_\_ Cantidad de pagos acelerados \$ \_\_\_\_\_

Pagos Acelerados Negados      Razón por la cual el pago ha sido negado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma de Empleado Autorizado por la Comisión \_\_\_\_\_

Título \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**NOTA: Usted tiene derecho por ley de saber, revisar y corregir información que la División ha recogido en sus formularios con algunas excepciones. Para mayor información llame a la sección de archivo abierto "Open Records" al teléfono 512-804-4437.**



# Cálculo de pagos acelerados

Fecha del Cálculo \_\_\_\_\_ Tasa de interés utilizado: \_\_\_\_\_

Período de Beneficios de Ingresos por Causa de Impedimento (IIBs): Desde \_\_\_\_\_  
Hasta \_\_\_\_\_

**1. Cálculo de (IIBs)**

$$\begin{array}{r} \$ \text{_____} \\ \text{Promedio del Salario Semanal} \end{array} \times 70\% = \$ \text{_____} \\ \text{Cantidad Semanal de IIBs}$$

**2. Cálculo semanal neto del salario antes de la lesión**

$$\begin{array}{r} \$ \text{_____} \\ \text{Promedio del Salario semanal} \end{array} \times 85\% = \$ \text{_____} \quad \text{(Pago semanal acelerado no puede exceder esta cantidad)}$$

Salario neto semanal  
antes de la lesión

**3. Determine el número de semanas que faltan en el periodo de (IIBs) y el descuento.\***

\_\_\_\_\_

**\*Instrucciones para autorizar al personal de la División: Como utilizar estadísticas para poder computar la cantidad correcta de dinero.**

\_\_\_\_\_

Número de semanas restantes \_\_\_\_\_ Cantidad de semanas y valor descontado \_\_\_\_\_

**4. Cálculo de la cantidad de IIBs descontados**

$$\begin{array}{r} \text{_____} \\ \text{Número de semanas descontadas} \end{array} \times \$ \begin{array}{r} \text{_____} \\ \text{Cantidad semanal de IIBs} \end{array} = \text{_____} \\ \text{Suma total descontada}$$

**5. Cálculo del período del pago acelerado.**

$$\begin{array}{r} \$ \text{_____} \\ \text{Cantidad Total Descontada} \end{array} \div \begin{array}{r} \$ \text{_____} \\ \text{Salario Semanal Antes de la Lesión} \\ \text{(o cantidad de dinero solicitada)} \end{array} = \text{_____} \\ \text{Cantidad acelerada de IIBs}$$

**6. Cálculo del número de semanas y de la cantidad semanal.**

\_\_\_\_\_ Semanas @ \$ \_\_\_\_\_ y si es necesario, Semana Parcial \_\_\_\_\_ @ \$ \_\_\_\_\_

