

SOLICITUD DEL TRABAJADOR LESIONADO ACERCA DE PAGOS ADELANTADOS DE COMPENSACIÓN

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. El pedido de la cantidad de adelanto: \$ _____

9. Por favor explique las razones de su adversidad por la cual esta solicitando un adelanto de beneficios de ingresos.

TRABAJADOR LESIONADO: POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE

10. a) No más de tres adelantos podrán aprobarse por la misma lesión.
b) El adelanto no debe exceder cuatro veces la cantidad máxima de beneficios de ingresos temporales que usted recibe por semana desde el día de su lesión. Si usted tiene preguntas acerca de este limite, por favor llame al 1(800) 252-7031.
c) Un adelanto reducirá la cantidad de beneficios de ingresos semanales en el futuro. Esta reducción sera determinada en acuerdo con la cantidad adelantada y el número de semanas que los beneficios posiblemente sean pagados en el futuro. Los pagos semanales puede que sean reducidos hasta que la compañía de seguros recupere la cantidad adelantada.

Cantidad que usted recibe por semana \$ _____ Máxima reducción por semana para pagar el adelanto \$ _____

Yo he leído y entiendo como un adelanto afectará mis pagos de ingresos semanales en el futuro. Yo certificó que la información que he proporcionado es correcta en mi mejor entendimiento.

Firma de Trabajador Lesionado _____ Fecha _____

ORDEN DE LA DIVISIÓN

Adelanto Aprobado La compañía de seguros deberá iniciar un adelanto en los pagos dentro de 7 días después de recibir notificación acerca de la aprobación por parte de la División. Cantidad de adelanto \$ _____
Cantidad reducida de beneficios \$ _____ por _____ semanas; y parcialmente reducirá la cantidad de beneficios \$ _____ por _____ semana(s).
Esta reducción será adicional con ordenes anteriores de reducción de pagos.

Adelanto Negado Razón por la cual el adelanto fue negado _____

Firma de Empleado Autorizado por la División _____

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.

