

**Primer trimestre:** Envíe a la oficina local que esta manejando su reclamo.  
**Siguientes trimestres:** Envíe a la compañía de seguros



Número de DWC \_\_\_\_\_

Número de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_

## APLICACIÓN PARA BENEFICIOS DE INGRESOS SUPLEMENTALES

**Para el Trabajador:** Usted debe enviar una Aplicación para Beneficios de Ingresos Suplementales para que pueda determinarse si usted tiene derecho a recibir beneficios de ingresos suplementales. Usted puede enviar el formulario por correo de primera clase, entrega personal o facsímil. Solamente en el primer trimestre, regrese este formulario a la oficina local de la División que esta manejando su reclamo. En los siguientes trimestres, regrese este formulario a la Compañía de seguros 14 días antes del comienzo del trimestre en el cual usted esta aplicando para beneficios. Para el período en que califica (vea fechas en la sección dos, número 4 abajo), usted debe proporcionar documentación que demuestre que usted gana menos de 80% del promedio de sueldo semanal como resultado del impedimento de su lesión compensable. Usted debe adjuntar copias de documentación de ingresos (talones de cheques, cartas de la Compañía(s) u otra documentación valida) de su sueldo para el período en que califica. Si usted no esta trabajando, usted debe, con buena fe, buscar empleo relacionado con su habilidad para trabajar en cada semana en el período en que califica.

### PASO NÚMERO UNO: INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

1. Nombre del trabajador (apellido, primer nombre, inicial)		2. Dirección del Trabajador (Calle o Apartado Postal)	
3. Teléfono del Trabajador (      )	4. Número del Seguro Social	Ciudad	Estado    Código Postal
5. Fecha de Lesión	6. Porcentaje de Impedimento Corporal	7. Fecha de mejoramiento máximo médico	
8. Nombre de la Compañía en la Fecha de Lesión		9. Nombre del doctor tratante más reciente y el número de Teléfono (      )	
10. Nombre de la Compañía de Seguros		11. Nombre del Ajustador y Número de Teléfono (      )	

### PASO NÚMERO DOS: INFORMACIÓN GENERAL REQUERIDA

**Este formulario debe ser enviado no mas tarde que la fecha indicada en Sección 2 abajo. El no enviarlo a tiempo, atrasara sus pagos y puede resultar en un pago reducido. Si el formulario es recibido por la Compañía de seguros antes de 20 días del comienzo de los siguientes trimestres, el formulario sera regresado a usted para que lo vuelva a enviar no más tarde de 7 días y no antes de 20 días del comienzo del trimestre (Sección 3 abajo). Lea todas las preguntas e instrucciones cuidadosamente.**

1. Número de Trimestre:	2. Fecha para Aplicar:
3. Fechas del Trimestre: Empieza:                      Termina:	4. Fecha del Período en que Califica: Empieza:                      Termina:
5. Gano algún sueldo o tuvo algunas ofertas de trabajo durante el período en que califica en Sección 4?      Sí _____ No _____ Si su respuesta es sí, debe llenar la sección tres (pagina 2) y adjuntar toda documentación necesaria.	
6. Si usted no está trabajando, tiene usted la habilidad de trabajar en cualquier trabajo en cualquier capacidad? Sí _____ No _____ Si su respuesta es sí, usted debe buscar empleo relacionado con su habilidad para trabajar <b>cada semana</b> en el período en el que califica (fechas en la Sección 4) y debe documentar su búsqueda de trabajo en la sección número cuatro (paginas 2 y 3). Si no, vea Sección 8 abajo.	
7. Está usted registrado o participando satisfactoriamente en un programa de rehabilitación vocacional de tiempo completo patrocinado por la Comisión de Rehabilitación de Tejas (TRC)? Sí _____ No _____ Si su respuesta es sí, esto puede ser considerado un acto de buena fe para encontrar trabajo relacionado con su habilidad para trabajar. Por favor adjunte la documentación que demuestre su participación y progreso en el programa. Por ejemplo, una carta de su consejero de TRC o instructores. Haga una copia de su matrícula de colegio o grados (si es aplicable).	
8. Su doctor ha documentado que usted no puede trabajar en <b>ningún</b> trabajo en <b>ninguna</b> capacidad? Sí _____ No _____ Si la respuesta es sí, usted debe adjuntar un reciente reporte médico de su doctor que explica específicamente como su lesión le previene de hacer cualquier trabajo. Si Usted no puede trabajar No debe haber ninguna documentación que demuestr que usted Si puede regresar a trabajar.	

**La información que yo he dado en esta Aplicación para Beneficios de Ingresos Suplementales es verdadera. Entiendo que si yo intencionalmente doy información falsa para obtener beneficios, yo puedo estar sujeto a una multa o sanción administrativa.**

Firma del Trabajador	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.**



Número de DWC \_\_\_\_\_

Núm. de Compañía de Seguros \_\_\_\_\_

Nombre del Trabajador \_\_\_\_\_

Núm. De Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Lesión \_\_\_\_\_

**PASO TRES: SUELDO DURANTE EL PERÍODO EN QUE CALIFICA (vea PASO DOS, SECCIÓN 4 para fechas)**

El período en que califica es un período de 13 semanas en cual sus sueldos son revisados para determinar si usted tiene derecho a recibir beneficios de ingresos suplementales. Si usted puede trabajar en **cualquier** capacidad y esta empleado, usted debe reportar sus sueldos adjutando copias de talones de cheques, carta(s) de la compañía o otra documentación en este período en que califica. Si usted tiene **cualquier** oferta de trabajo y usted no la acepta, debe de incluir información acerca del sueldo que le han ofrecido en esta parte de la aplicación. Si usted esta autoempleado, demuestre su sueldo bruto semanal como la cantidad total recibida por su autoempleo. Usted también debe de adjuntar información adicional de gastos normales e impuestos de negocio. Si no gano ningun sueldo durante una semana especifica, escriba "none."

**IMPORTANTE:** Si usted gano menos de 80% del su promedio de sueldo semanal, fue su sueldo reducido un resultado directo del impedimento causado por su lesión compensable? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Semana	Sueldo Bruto Ganado	Semana	Sueldo Bruto Ganado
1.	\$	8.	\$
2.	\$	9.	\$
3.	\$	10.	\$
4.	\$	11.	\$
5.	\$	12.	\$
6.	\$	13.	\$
7.	\$		

**PASO CUATRO: BUSQUEDA DE TRABAJO DURANTE EL PERÍODO EN QUE CALIFICA (Continua en Pagina 3)**

Si usted no ha regresado a trabajar y puede trabajar en cualquier capacidad, usted debe buscar trabajo relacionado con su habilidad a trabajar dentro de **cada semana** del período en que califica (vea fechas en Paso Dos, Sección 4 en pagina 1). Usted debe documentar cuidadosamente y completamente sus busquedas de trabajo. Usted debe mantener la clase de información demostrada abajo. **Si es necesario, adjunte paginas adicionales con esta misma información para mantener todas sus busquedas de trabajo.** Se recomienda que usted mantenga copias de todas las aplicaciones o hojas de vida que usted entregue en las compañías durante el período en que califica su busqueda de trabajo. Si usted no mantiene documentación completa, no se le dara credito por estas busquedas. La información de busqueda de trabajo no es la unica información que sera considerada en determinar su derecho a Beneficios de Ingresos Suplementales. Se le dara consideración a la cantidad de trabajos en los que usted aplico durante el período que califica, la clase de trabajo que usted busco, su educación y experiencia de trabajo, el tiempo que usted tomo buscando trabajo, cualquier plan para buscar trabajo en que haya hecho, registración con la Oficina de Empleo de Tejas, cualquier posible barrera contra busqueda de trabajo y otros factores relevantes. En cada trimestre que usted aplique para estos beneficios, usted debe demostrar que busco trabajo de buena fe durante el período que califica si usted pudo trabajar pero estuvo desempleado.

MEZ DÍA AÑO	NOMBRE DE COMPAÑÍA Y DIRECCIÓN	COMO APLICO	PERSONA QUE TOMO APLICACIÓN	TRABAJO PARA EL QUE APLICO	RESULTADO	ENTREGA PPLICA- CIÓN O RESUMEN
1.		<input type="checkbox"/> EN PERSONA <input type="checkbox"/> TELÉFONO <input type="checkbox"/> CORREO O FAX			<input type="checkbox"/> NO HAY EMPLEO <input type="checkbox"/> PENDIENTE <input type="checkbox"/> OFERTA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
2.		<input type="checkbox"/> EN PERSONA <input type="checkbox"/> TELÉFONO <input type="checkbox"/> CORREO O FAX			<input type="checkbox"/> NO HAY EMPLEO <input type="checkbox"/> PENDIENTE <input type="checkbox"/> OFERTA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
3.		<input type="checkbox"/> EN PERSONA <input type="checkbox"/> TELÉFONO <input type="checkbox"/> CORREO O FAX			<input type="checkbox"/> NO HAY EMPLEO <input type="checkbox"/> PENDIENTE <input type="checkbox"/> OFERTA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
4.		<input type="checkbox"/> EN PERSONA <input type="checkbox"/> TELÉFONO <input type="checkbox"/> CORREO O FAX			<input type="checkbox"/> NO HAY EMPLEO <input type="checkbox"/> PENDIENTE <input type="checkbox"/> OFERTA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
5.		<input type="checkbox"/> EN PERSONA <input type="checkbox"/> TELÉFONO <input type="checkbox"/> CORREO O FAX			<input type="checkbox"/> NO HAY EMPLEO <input type="checkbox"/> PENDIENTE <input type="checkbox"/> OFERTA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
6.		<input type="checkbox"/> EN PERSONA <input type="checkbox"/> TELÉFONO <input type="checkbox"/> CORREO O FAX			<input type="checkbox"/> NO HAY EMPLEO <input type="checkbox"/> PENDIENTE <input type="checkbox"/> OFERTA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO



Número de DWC \_\_\_\_\_

Núm. de Compañía de Seguros \_\_\_\_\_

Nombre del Trabajador \_\_\_\_\_

Núm. De Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Lesión \_\_\_\_\_

**PASO CUATRO: BUSQUEDA DE TRABAJO DURANTE EL PERÍODO EN QUE CALIFICA (Continuación de Pagina 2)**

Si es necesario, adjunte paginas adicionales con esta información para que complete su responsabilidad que usted tiene de buscar trabajo. Recuerde de mantener copias de cualquier aplicación que documenta su búsqueda de trabajo. Si usted no mantiene documentación correcta y completa, puede que no reciba crédito por las búsquedas. (Asegurese de firmar esta *Aplicación para Beneficios de Ingresos Suplementales* en pagina 1.)

MEZ DÍA AÑO	NOMBRE DE COMPAÑÍA Y DIRECCIÓN	COMO APLICO	PERSONA QUE TOMO APLICACIÓN	TRABAJO PARA EL QUE APLICO	RESULTADO	ENTREGO APPLICA- CIÓN O RESUMEN
7.		<input type="checkbox"/> EN PERSONA <input type="checkbox"/> TELÉFONO <input type="checkbox"/> CORREO O FAX			<input type="checkbox"/> NO HAY EMPLEO <input type="checkbox"/> PENDIENTE <input type="checkbox"/> OFERTA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
8.		<input type="checkbox"/> EN PERSONA <input type="checkbox"/> TELÉFONO <input type="checkbox"/> CORREO O FAX			<input type="checkbox"/> NO HAY EMPLEO <input type="checkbox"/> PENDIENTE <input type="checkbox"/> OFERTA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
9.		<input type="checkbox"/> EN PERSONA <input type="checkbox"/> TELÉFONO <input type="checkbox"/> CORREO O FAX			<input type="checkbox"/> NO HAY EMPLEO <input type="checkbox"/> PENDIENTE <input type="checkbox"/> OFERTA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
10.		<input type="checkbox"/> EN PERSONA <input type="checkbox"/> TELÉFONO <input type="checkbox"/> CORREO O FAX			<input type="checkbox"/> NO HAY EMPLEO <input type="checkbox"/> PENDIENTE <input type="checkbox"/> OFERTA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
11.		<input type="checkbox"/> EN PERSONA <input type="checkbox"/> TELÉFONO <input type="checkbox"/> CORREO O FAX			<input type="checkbox"/> NO HAY EMPLEO <input type="checkbox"/> PENDIENTE <input type="checkbox"/> OFERTA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
12.		<input type="checkbox"/> EN PERSONA <input type="checkbox"/> TELÉFONO <input type="checkbox"/> CORREO O FAX			<input type="checkbox"/> NO HAY EMPLEO <input type="checkbox"/> PENDIENTE <input type="checkbox"/> OFERTA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
13.		<input type="checkbox"/> EN PERSONA <input type="checkbox"/> TELÉFONO <input type="checkbox"/> CORREO O FAX			<input type="checkbox"/> NO HAY EMPLEO <input type="checkbox"/> PENDIENTE <input type="checkbox"/> OFERTA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
14.		<input type="checkbox"/> EN PERSONA <input type="checkbox"/> TELÉFONO <input type="checkbox"/> CORREO O FAX			<input type="checkbox"/> NO HAY EMPLEO <input type="checkbox"/> PENDIENTE <input type="checkbox"/> OFERTA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
15.		<input type="checkbox"/> EN PERSONA <input type="checkbox"/> TELÉFONO <input type="checkbox"/> CORREO O FAX			<input type="checkbox"/> NO HAY EMPLEO <input type="checkbox"/> PENDIENTE <input type="checkbox"/> OFERTA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
16.		<input type="checkbox"/> EN PERSONA <input type="checkbox"/> TELÉFONO <input type="checkbox"/> CORREO O FAX			<input type="checkbox"/> NO HAY EMPLEO <input type="checkbox"/> PENDIENTE <input type="checkbox"/> OFERTA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
17.		<input type="checkbox"/> EN PERSONA <input type="checkbox"/> TELÉFONO <input type="checkbox"/> CORREO O FAX			<input type="checkbox"/> NO HAY EMPLEO <input type="checkbox"/> PENDIENTE <input type="checkbox"/> OFERTA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
18.		<input type="checkbox"/> EN PERSONA <input type="checkbox"/> TELÉFONO <input type="checkbox"/> CORREO O FAX			<input type="checkbox"/> NO HAY EMPLEO <input type="checkbox"/> PENDIENTE <input type="checkbox"/> OFERTA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
19.		<input type="checkbox"/> EN PERSONA <input type="checkbox"/> TELÉFONO <input type="checkbox"/> CORREO O FAX			<input type="checkbox"/> NO HAY EMPLEO <input type="checkbox"/> PENDIENTE <input type="checkbox"/> OFERTA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
20.		<input type="checkbox"/> EN PERSONA <input type="checkbox"/> TELÉFONO <input type="checkbox"/> CORREO O FAX			<input type="checkbox"/> NO HAY EMPLEO <input type="checkbox"/> PENDIENTE <input type="checkbox"/> OFERTA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO



Número de DWC \_\_\_\_\_

Núm. de Compañía de Seguros \_\_\_\_\_

Nombre del Trabajador \_\_\_\_\_

Núm. De Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Lesión \_\_\_\_\_

### PASO CINCO: NOTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD O NO ELEGIBILIDAD

## NOTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD O NO ELEGIBILIDAD

Número de Trimestre \_\_\_\_\_ Fecha en que empezó \_\_\_\_\_ Fecha en que terminó \_\_\_\_\_

Para Ser Llenado Por La Comisión En El Primer Trimestre y Por La Compañía De Seguros Todos Los Demás Trimestres.

El Trabajador tiene derecho a Beneficios de Ingresos Suplementales Pagos Mensuales por 3 Meses \$ \_\_\_\_\_

El trabajador no tiene derecho a Beneficios de Ingresos Suplementales Razón por la cual No es Elegible: \_\_\_\_\_

Firma de La Persona Autorizada \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Nombre del La Persona Autorizada (en letra de molde)**

Título \_\_\_\_\_ Número de Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN PARA DISPUTAR SU ELEGIBILIDAD O CANTIDAD DE BENEFICIOS DE INGRESOS SUPLEMENTALES

#### Para el Trabajador

- Para disputar la no elegibilidad de beneficios de ingresos suplementales o la cantidad mensual que se le pagara en cualquier trimestre, usted debera tener información, como su documentación detallada de sus búsquedas de trabajo o un reciente reporte médico respaldando su desabilidad.
- Para disputar la determinación de la División o la Compañía de seguros, usted debe pedir una conferencia para revisión de beneficios llamando a la oficina local que esta manejando su reclamo o llame al (800) 252-7031.

#### Para La Compañía de Seguros

- Para disputar el primer trimestre, pida una conferencia para revisión de beneficios dentro de 10 días después de ver recibido notificación de la División.
- Para disputar la elegibilidad en los siguientes trimestres cuando un pago se ha hecho en el trimestre anterior, pida un conferencia de revisión de beneficios dentro de 10 días después de ver recibido la *Aplicación de Beneficios de Ingresos Suplementales* del trabajador.
- Para disputar elegibilidad de un siguiente trimestre sin ninguno pago anterior en el previo trimestre, envíe la notificación de no-elegibilidad al trabajador dentro de 10 días de la fecha en que fue entregada a la Compañía de seguros. Incluya las razones por la cual no se encontró elegibilidad y de instrucciones al trabajador en como disputar la determinación de la Compañía de seguros.

### CÁLCULO DE BENEFICIOS DE INGRESOS SUPLEMENTALES

Para Ser Llenado por DWC o por la Compañía de Seguros para Demostrar el Calculo de Pagos Mensuales

1. \$ \_\_\_\_\_ X 80% = \$ \_\_\_\_\_  
(Promedio del Salario Semanal) (Transferir a Linea 4A)

2. \$ \_\_\_\_\_ + \$ \_\_\_\_\_ = \$ \_\_\_\_\_  
(Salario Ganado) (Salario Ofrecido) (Transferir a Linea 3A)

3. \$ \_\_\_\_\_ ÷ 13 = \$ \_\_\_\_\_  
(3A - Salario Total) (Transferir a Linea 4B)

4. \$ \_\_\_\_\_ - \$ \_\_\_\_\_ = \$ \_\_\_\_\_  
(4A) (4B) (Transferir a Linea 5A)

5. \$ \_\_\_\_\_ X 80% = \$ \_\_\_\_\_  
(5A) (Transferir a Linea 6A)

6. \$ \_\_\_\_\_ X 4.34821 = \$ \_\_\_\_\_  
(6A) (Pago Mensual)

Si hay contribución: (% \_\_\_\_\_)

7. \$ \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ = \$ \_\_\_\_\_  
(Pago Mensual) (Porcentaje De Reducción) (Transferir a Linea 8B)

8. \$ \_\_\_\_\_ - \$ \_\_\_\_\_ = \$ \_\_\_\_\_  
(Pago Mensual) (8B - Reducción De Contribución) (Cantidad Mensual Reducida)

