

Destinatarios:  
 Empleado/a accidentado/a  
 Oficina de la DWC encargada del reclamo

Reclamo núm. \_\_\_\_\_  
 Reclamo de la aseguradora núm. \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE AJUSTE AL SALARIO MEDIO SEMANAL DE UN(A) EMPLEADO/A DE TEMPORADA

**Indicaciones a la Aseguradora:** Los archivos de la aseguradora demuestran que el/la empleado/a referido/a en el reclamo citado abajo no ha proporcionado la información salarial que se le pidió el \_\_\_\_\_.

viene ahora a solicitar la aprobación de la División para ajustar el salario medio semanal del/de la trabajador(a) temporal accidentado/a de \$ \_\_\_\_\_ a \$ \_\_\_\_\_ a partir \_\_\_\_\_ hasta del día \_\_\_\_\_ . Se adjunta

\_\_\_\_\_ el importe del salario de dicho/a empleado/a durante años anteriores en la misma época.  
TIPO DE PRUEBAS

Deberá proporcionarse copia de la presente solicitud al/a la trabajador(a) accidentado/a al mismo tiempo que se someta a la oficina de la División encargada de tramitar el reclamo.

Fecha de envío a la División y al/a la empleado/a: \_\_\_\_\_

1. Nombre del/de la empleado/a (Apellido(s), Nombre de pila, Inicial del segundo nombre de pila) y número del teléfono  ( )	2. Número de seguro social	3. Fecha del accidente o lesión
4. Dirección postal (Calle o número de apartado postal)	5. Razón social del patrón	
Ciudad                                  Estado                                  Código postal	6. Nombre de la aseguradora	

### • • • ATENTO AVISO AL/A LA EMPLEADO/A • • •

Una vez que la División reciba la solicitud de la aseguradora del Ajuste del Salario Medio Semanal de un(a) Empleado/a de Temporada, un(a) representante de la División tratará de comunicarse con usted a fin de explicarle la finalidad de la presente solicitud y de saber si usted está de acuerdo con esta solicitud de ajuste de su salario medio semanal y del importe de sus pagos semanales provisionales por disminución de ingresos. **De no estar de acuerdo con la solicitud de ajuste, usted podrá pedir una Conferencia para Revisión de Beneficios dentro de las dos próximas semanas. Dentro de los 20 días subsiguientes a la fecha de su petición, se fijará fecha para una Conferencia para Revisión de Beneficios a fin de resolver su disputa. Ud. podrá ofrecer más información salarial para que sea tomada en consideración. Por otra parte, si usted deja de pedir una Conferencia para Revisión de Beneficios dentro del plazo señalado, la División aprobará la solicitud de ajuste con base en la información salarial que tenga a su disposición.**

Si tiene preguntas o necesita alguna ayuda, puede comunicarse con Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores marcando su número gratuito **1-800-252-7031** o dirigiéndose a la oficina local de la División encargada de tramitar su reclamo.

### PARA USO EXCLUSIVO DE LA DIVISION

La Solicitud de Ajuste del Salario Medio Semanal de un(a) Empleado/a de Temporada, hecha por la aseguradora, queda:

**APROBADA.** El/la empleado/a dejó de solicitar una Conferencia para Revisión de Beneficios en cumplimiento del susodicho plazo reglamentario de 2 semanas.

Se ajusta el salario medio semanal a \$ \_\_\_\_\_, y se ajusta el importe del pago semanal del beneficio provisional por disminución de ingresos a \$ \_\_\_\_\_, a partir de \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.

**DESAPROBADA.** \_\_\_\_\_

Evaluador(a) de Incapacidad de la DWC (FIRMA)	Teléfono de la oficina local de la División		
Dirección postal de la oficina local de la División	Ciudad	Estado	Código postal

