

Envíe por correo los formularios completos a:

Department of Labor and Industries

PO Box 44291

Olympia WA 98504-4291

Fax: 360-902-4292



Formulario de estado de empleo

- **Complete este formulario dentro de 14 días, cada vez que lo reciba.**
- **Lea las instrucciones en la parte de atrás antes de completar el formulario.**
- **Si no devuelve este formulario, se pueden producir demoras en el pago de los beneficios.**

Número de reclamo
Fecha de la solicitud
Fecha de la lesión

Su estado de empleo:

- No perdí **ningún** día de trabajo debido a mi lesión o enfermedad relacionada con mi trabajo.
- Yo **no** estoy trabajando y no podré trabajar en **ningún** empleo debido a mi lesión o enfermedad relacionada con mi trabajo desde - - hasta - - .
Este fue el primer día completo que no realicé **ningún** tipo de trabajo (pagado o no pagado), como actividades voluntarias, trabajo por cuenta propia o servicios de cuidado (COPES).

Regresé al trabajo el - - con empleador de la lesión nuevo empleador trabajo por cuenta propia.
El trabajo por cuenta propia incluye, entre otros, negocio con licencia, sin licencia o en línea.

Actualmente estoy trabajando:

- Horas regulares Horas reducidas
 Sueldos regulares Sueldos reducidos

Antes de regresar al trabajo, no trabajé en ningún empleo debido a mi lesión o enfermedad relacionada con mi trabajo desde - - hasta - - .

Este incluye cualquier tipo de trabajo (pagado o no pagado), como actividades voluntarias, trabajo por cuenta propia o servicios de cuidado (COPES).

He solicitado y/o recibido los siguientes beneficios:

- Sí No Desempleo
 Sí No Seguro social
 Sí No Jubilación
 Sí No Ayuda monetaria de otra agencia del gobierno

El día que me lesioné, mi empleador pagó y/o proporcionó lo siguiente:

- Sí No Atención médica/odontológica/oftalmológica
 Sí No Vivienda
 Sí No Comida
 Sí No Servicios públicos/combustible
 Sí No Todavía estoy recibiendo estos beneficios.
 Si no es así, la última fecha cubierta fue el - - .

¿Ha cambiado la custodia legal de su(s) dependiente(s)? Sí No

¿Ha cambiado su dirección o número de teléfono? Si es así, escriba su nueva dirección o número de teléfono abajo.

Nombre:	
Dirección:	
Ciudad, estado, Código Postal:	
Número de teléfono:	

Se requiere su firma a continuación

Al firmar abajo, certifico que la información que proporciono es verdadera y correcta. Comprendo que debo notificar inmediatamente a mi gerente de reclamo si mi médico me da de alta para cualquier trabajo, si estoy encarcelado y bajo sentencia, o si la custodia de mis hijos cambia. También comprendo que si en este formulario realizo intencionalmente una declaración falsa o no menciono información sobre mi condición física, mi habilidad para trabajar, y/o el trabajo que realizo (pagado o no pagado), estaré obligado/a reembolsar cualquier beneficio obtenido erróneamente y puedo ser sometido/a sanciones civiles y/o penales.

Nombre del trabajador (escriba con letra impresa) _____ Firma del trabajador _____ Mejor número de teléfono para contactarlo _____ Fecha _____

Instrucciones del formulario de estado de empleo

Este formulario es para el pago de compensación de tiempo perdido si usted no trabajó y no puede trabajar durante las fechas que indica. Es importante que usted lea este formulario detenidamente y complete todas las secciones relacionadas con usted.

Requisitos mínimos para el pago de compensación de tiempo perdido:

- Certificación médica de su proveedor principal con hallazgos médicos objetivos y restricciones.
- Un formulario de estado de empleo que usted completa para solicitar los beneficios. Debe completar este formulario cada vez que lo reciba.

Su estado de empleo:

- Necesitamos saber si perdió tiempo de **cualquier** trabajo debido a su lesión.
- Es importante notificar a L&I si usted está involucrado en actividades que incluyen, entre otras, trabajo voluntario, trabajo por cuenta propia o de cuidado.
 - En el trabajo voluntario se podría incluir la Cruz Roja, un banco de alimentos, ayuda en comedores, enseñanza de deportes.
 - En el trabajo por cuenta propia se podría incluir ventas en línea, fotografía, venta de leña, reparto de periódicos.
 - En el trabajo de servicios de cuidado se podría incluir el cuidado de familiares discapacitados, servicio de guardería, COPES/DSHS (trabajo remunerado).

Regreso al trabajo:

- Si usted no ha regresado al trabajo, omita esta sección.
- Si usted regresó a cualquier tipo de trabajo, complete esta sección.
 - Esto podría incluir trabajos para un empleador diferente, trabajos por cuenta propia o actividades voluntarias.
- Si usted perdió tiempo de **cualquier** trabajo, especifique las fechas que no trabajó.
 - La fecha de inicio es la primera fecha que usted no trabajó en cualquier capacidad.
 - La fecha de finalización es el día anterior a la fecha que usted regresó al trabajo.
- Si usted está trabajando horas o salarios reducidos, puede calificar para recibir beneficios de compensación por reducción de ingresos. Puede tener acceso al formulario en línea en www.Lni.wa.gov/Spanish/FormPub y buscar "LEP".

Otros beneficios:

- Si está tramitando, o ya está recibiendo, su jubilación, seguro social, etc., esto puede afectar sus beneficios de L&I.
- La ayuda monetaria de otra agencia del gobierno podría incluir DSHS TANF.

El empleador proporcionó beneficios en la fecha de la lesión:

- Esta información es necesaria para determinar el estado actual de los beneficios que el empleador le proporcionó en la fecha de la lesión. Por ejemplo, esto podría incluir la contribución de su empleador en beneficios del cuidado de la salud.
- Si usted no continúa recibiendo los beneficios, el monto de compensación por su tiempo perdido puede verse afectado.

Custodia de dependientes:

- La parte de compensación por tiempo perdido de su dependiente debe pagarse al tutor legal.
- Si la custodia cambia, L&I necesitará una copia de la documentación legal y de la dirección actual del tutor legal.

Cambio de dirección:

- Si su dirección ha cambiado, por favor proporcione su nueva dirección aquí.
- Si no ha cambiado, deje esta sección en blanco.

Firma:

- Se requiere su firma para considerar los beneficios por tiempo perdido.
- Al firmar este formulario, está confirmando que la información que ha proporcionado es correcta.