



Washington State Department of
Labor & Industries

Claims Administration
PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291

Solicitud de beneficios discrecionales por discapacidad “Over 7/10” (“Más de 7 o 10”)

Estimado trabajador:

Hemos recibido su solicitud de beneficios discrecionales en su reclamo. Cuando se reabre un reclamo “Más de 7 o 10”, el trabajador tiene un derecho legal de recibir un tratamiento médico adecuado y necesario. Sin embargo, no existe un derecho legal automático para los beneficios por discapacidad.

Únicamente el director del Departamento de Labor e Industrias tiene la autoridad de otorgar beneficios adicionales por discapacidad a aquellos reclamos que han estado cerrados por más de siete años desde la fecha del primer reclamo (diez años para lesiones oculares desde la fecha de cierre del primer reclamo). A continuación, se mencionan algunos beneficios por discapacidad:

- discapacidad total temporal (compensación por tiempo perdido),
- reducción de ingresos,
- servicios vocacionales,
- discapacidad parcial permanente, y
- discapacidad total permanente (pensión).

La discreción del director está reservada para circunstancias convincentes en las que el trabajador haya experimentado una pérdida significativa como resultado de la lesión industrial/enfermedad ocupacional.

Complete la solicitud adjunta. La decisión con respecto a su derecho de recibir beneficios discrecionales puede retrasarse o los beneficios pueden denegarse si este formulario no se completa en su totalidad o no se adjunta documentación de respaldo. Guarde una copia de esta solicitud para su registro.

Nombre del trabajador	Número de reclamo
-----------------------	-------------------

Sección 1

Explique sus circunstancias y el motivo por el que solicita beneficios discrecionales.

Instrucciones para las secciones 2 a 4

Responda todas las preguntas de manera completa. Deberá enviar documentación para verificar la información proporcionada. Proporcione la información específica y detallada que se le solicita para que podamos validar esta información.

No proporcionar detalles suficientes, como fechas, nombres y direcciones puede tener como resultado el retraso en el proceso o la denegación de su solicitud. Es posible que, con la información que usted proporcione, se le realicen preguntas adicionales.

Sección 2: Vinculación con la fuerza laboral

¿Está trabajando **actualmente**?

Sí No

Si la respuesta es Sí, mencione a su empleador *actual* en la sección 3.

Si la respuesta es No, complete lo siguiente:

Última fecha en la que trabajó: _____

Explique los motivos por los que no está trabajando. Seleccione todas las opciones que correspondan luego de la última fecha en la que trabajó y proporcione detalles en cada respuesta; incluya fechas, nombres y direcciones.

<input type="checkbox"/> Jubilado; adjunte una copia de sus documentos de jubilación	
Fecha de solicitud de jubilación: _____	Fecha de entrada en vigencia de la jubilación: _____
Empleador: _____	
Sistema/Administrador de jubilación: _____	
Tipo de jubilación (jubilación anticipada por cuestiones médicas, jubilación normal completa): _____	
Motivo/Fundamento para la jubilación: _____	
Información adicional: _____	

Nombre del trabajador	Número de reclamo
-----------------------	-------------------

Renuncia

Fecha de entrada en vigencia: _____

Empleador: _____

Motivo: _____

Información adicional: _____

Finalizó el trabajo autónomo

Fecha de entrada en vigencia: _____

Nombre de la empresa: _____

Número del Identificador Unificado de Negocios (Unified Business Identifier, UBI) de la empresa: _____

¿La empresa cerró? Sí No Si la respuesta es Sí, ¿a partir de qué fecha? _____

Motivo: _____

Información adicional: _____

Despedido o contrato cancelado

Fecha de entrada en vigencia: _____

Empleador: _____

Motivo: _____

Información adicional: _____

Recibió o recibe una Compensación por Desempleo (Unemployment Compensation, UEC); adjunte una copia de la documentación del Departamento para la Seguridad del Empleo en la que figuren los beneficios que ha recibido.

Fecha de solicitud: _____

Si se le otorgó, indique el período de pago del beneficio desde _____ hasta _____

¿Los beneficios se terminaron? Sí No

Si la respuesta es No, ¿por qué finalizaron los beneficios? _____

Si se le denegaron, proporcione la fecha de determinación: _____

Motivo de la denegación: _____

Información adicional: _____

Nombre del trabajador	Número de reclamo
-----------------------	-------------------

Recibió o recibe beneficios del Seguro Social; adjunte una copia de su solicitud, carta de concesión y cualquier registro de apelación. Complete, firme y devuelva el formulario de autorización adjunto.

Tipo de beneficio provisto por el Seguro Social: _____

Fecha de solicitud: _____ Fecha de determinación de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA): _____

Fundamento de la compensación: _____

Información adicional: _____

Recibió o recibe cualquier beneficio del Departamento de Servicios Sociales y de Salud o del Departamento de Comercio; adjunte una copia de la documentación en la que figuren los beneficios que recibió. Complete, firme y devuelva el formulario de autorización adjunto.

Qué tipo de beneficios recibió de estos programas: _____

Fecha de solicitud: _____ Fecha de recepción: _____

De qué estado recibió estos beneficios: _____

Información adicional: _____

Recibió o recibe beneficios de otro estado o jurisdicción, como una compensación por accidente automovilístico o de trabajadores, Administración de Veteranos; adjunte una copia de la documentación de la agencia de la cual recibe los beneficios. Deberá firmar formularios de autorización.

Número de reclamo: _____ Jurisdicción: _____

Tipo de beneficio: _____

Beneficios pagados desde: _____ hasta _____

¿Recibe beneficios actualmente? Sí No

Información adicional: _____

Encarcelado

Retenido desde: _____ hasta _____

Nombre de la cárcel o penitenciaría: _____

Información adicional: _____

Otro:

Fechas: _____

Explicación: _____

Nombre del trabajador	Número de reclamo
-----------------------	-------------------

Si no está trabajando, ¿cómo se ha estado manteniendo económicamente? (Por ejemplo, su cónyuge trabaja, vendió bienes, pidió dinero prestado a un amigo/familiar).

Información adicional:

Sección 3: Historial laboral

Enumere sus últimos cuatro empleadores, comenzando por el empleador actual o el último.

Nombre del empleador:	Fecha del empleo (Desde/Hasta):	
Dirección del empleador		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono del empleador:	Su cargo:	
Motivo por el que abandonó el trabajo:		

Nombre del empleador:	Fecha del empleo (Desde/Hasta):	
Dirección del empleador		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono del empleador:	Su cargo:	
Motivo por el que abandonó el trabajo:		

Nombre del trabajador	Número de reclamo
-----------------------	-------------------

Nombre del empleador:	Fecha del empleo (Desde/Hasta):	
Dirección del empleador		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono del empleador:	Su cargo:	
Motivo por el que abandonó el trabajo:		

Nombre del empleador:	Fecha del empleo (Desde/Hasta):	
Dirección del empleador		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono del empleador:	Su cargo:	
Motivo por el que abandonó el trabajo:		

Sección 4: Discapacidad total temporal/Reducción de ingresos

Especifique el período por el que reclama beneficios por discapacidad total temporal (tiempo perdido) debido a su lesión/enfermedad industrial.

Fecha de inicio: _____ hasta e incluida: _____
 Fecha en la que fue apartado del trabajo: _____ Fecha en la que volvió al trabajo: _____

¿El empeoramiento de su afección industrial tuvo como resultado que le recomendaran someterse a una cirugía?

Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿cuál es/fue la fecha de la cirugía? _____

Tipo de cirugía: _____

¿Aún recibe tratamiento?

Sí No

Información adicional:

¿Ha sido certificado médicamente como incapacitado para trabajar debido a su lesión/enfermedad industrial?

Sí No

Si la respuesta es Sí, indique la fecha de inicio: _____ hasta e incluida: _____

Enumere los nombres y las direcciones de los proveedores médicos:

Fechas del tratamiento: _____

Nombre del trabajador	Número de reclamo
-----------------------	-------------------

¿Tiene otras afecciones que limiten su capacidad para trabajar o le impidan trabajar?

Sí No Si la respuesta es Sí, enumere las afecciones:

Fecha de inicio: _____ Fechas del tratamiento: _____

Enumere los nombres y las direcciones de los proveedores médicos:

¿Recibe beneficios por discapacidad según esta otra afección?

Sí No

Si la respuesta es Sí,

indique la fecha de inicio: _____ hasta e incluida: _____

Número de reclamo: _____ Jurisdicción: _____

Información adicional:

Las personas que hagan declaraciones falsas con el objetivo de obtener beneficios por servicios industriales están sujetas a sanciones civiles y penales. Declaro que estas afirmaciones son verdaderas según mi leal saber y entender. Al firmar este formulario, autorizo a médicos, hospitales, clínicas u otras entidades con información médica a facilitar mi historial médico al Departamento de Labor e Industrias.

Firma del trabajador

Fecha