



Complete esta información si es que la sabe:

No. de reclamación de DWC

No. de reclamación de la aseguradora

Solicitud para recibir un pago en suma total de los beneficios de ingresos de impedimento (impairment income benefits -IIBs, por su nombre y siglas en inglés)

Instrucciones para presentar el formulario: Complete la Sección 1 y envíelo a la aseguradora. Consulte la página de Preguntas Frecuentes para más detalles.

Sección 1: Información de la reclamación

Parte 1: Información sobre el empleado y la aseguradora

1. Nombre del empleado (nombre, segundo nombre, apellido)		2. Fecha de la lesión (mm/dd/aaaa)	
3. Dirección postal del empleado (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)		4. Número de Seguro Social XXX-XX-	
5. Empleador (al momento de la lesión)		6. Número de teléfono del empleado	
7. Nombre de la aseguradora		8. Nombre del ajustador	
9. Número de teléfono del ajustador		10. Número de fax del ajustador	

Parte 2: Información sobre el beneficio

11. Nombre del médico certificador			
12. Fecha del mejoramiento máximo médico (mm/dd/aaaa)		13. Porcentaje de impedimento de cuerpo entero %	
14. Fecha de regreso al trabajo (mm/dd/aaaa)		15. Cantidad de IIBs semanales que usted está recibiendo \$	
16. Índice de pago actual		<input type="checkbox"/> por hora <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> otro	
\$			

Nombre del empleado:
Número de reclamación de DWC:



Para uso exclusivo de DWC

17. Certifique con su firma:

- Yo entiendo que si mi porcentaje de impedimento de cuerpo entero (impairment rating, por su nombre en inglés) es del 15% o más, podría ser elegible para recibir beneficios de ingresos suplementarios (supplemental income benefits, por su nombre en inglés).
- Yo entiendo que si recibo un pago en suma total, no tendré derecho a los beneficios de ingresos suplementarios ni a los beneficios de ingresos de por vida en esta reclamación.
- Yo certifico que he leído y que entiendo este formulario.

Firma _____ Fecha _____

Sección 2: Decisión de la aseguradora

Instrucciones para la aseguradora para presentar el formulario: Envíe una copia de la decisión a la División de Compensación para Trabajadores (Division of Workers' Compensation -DWC, por su nombre y siglas en inglés).

18. Fecha en que se recibió la solicitud (mm/dd/aaaa)

<input type="checkbox"/> Aprobado Hemos aprobado su solicitud para recibir un pago en suma total y su pago será expedido.	<input type="checkbox"/> Denegado – Marque el motivo de la denegación. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Usted está ganando menos del 80% del promedio del salario semanal que recibía antes de que ocurriera la lesión <input type="checkbox"/> Usted no ha regresado al trabajo por 3 meses <input type="checkbox"/> Su porcentaje de impedimento de cuerpo entero está actualmente en disputa. <input type="checkbox"/> Otro
---	--

19. Nombre del representante de la aseguradora en letra de molde

20. Firma

21. Fecha

Nombre del empleado:
Número de reclamación de DWC:



Para uso exclusivo de DWC

Preguntas Frecuentes

Solicitud para recibir un pago en suma total de los beneficios de ingresos de impedimento (impairment income benefits -IIBs, por su nombre y siglas en inglés)

¿Quién puede presentar el Formulario DWC-051S?

El empleado lesionado puede presentar el Formulario DWC-051S para solicitar un pago en suma total de los IIBs cuando el empleado ha estado de regreso en el trabajo por lo menos 3 meses y está ganando al menos 80% de su promedio del salario semanal.

¿A dónde debe el empleado lesionado enviar este formulario?

Envíe su Formulario DWC-051S a la aseguradora. Comuníquese con el ajustador de su aseguradora para obtener la dirección postal, el número de fax o la dirección de correo electrónico.

¿Qué es lo que hará la aseguradora?

La aseguradora revisará la solicitud y la aprobará o la denegará dentro de 14 días, a partir de la fecha en la que recibieron el Formulario DWC-051S. Ellos enviarán copias de la aprobación o denegación al empleado lesionado, a su representante y a DWC. Si la solicitud es aprobada, la aseguradora incluirá el pago al empleado. Si la solicitud es denegada, el empleado lesionado puede solicitar una conferencia para revisión de beneficios (benefit review conference, por su nombre en inglés) para disputar la decisión de la aseguradora. El empleado lesionado puede obtener ayuda contratando a un abogado o comunicándose con la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel, por su nombre en inglés) al 866-393-6432.

¿Cómo envía la aseguradora la aprobación o denegación a DWC?

- **Fax:** 512-804-4378
- **Correo postal:** Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation
Claims and Customer Services, Mail Code CCS
PO Box 12050
Austin, TX 78711-2050

¿Tiene preguntas?

Llame al 1-800-252-7031, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora del centro.

Visite www.tdi.texas.gov/wc para obtener más información sobre la compensación para trabajadores.

Nota: Con pocas excepciones, a petición suya, usted tiene derecho a:

- estar informado sobre la información que DWC reúne sobre usted;
- recibir y revisar la información (Secciones del Código Gubernamental 552.021 y 552.023); y
- pedir que DWC corrija la información que está incorrecta (Sección del Código Gubernamental 559.004).

Para más información, contacte a DWCLegalServices@tdi.texas.gov o consulte la sección para el Procedimiento de Correcciones en www.tdi.texas.gov.