



Certificación y autorización para un posible empleo

Este formulario debe estar firmado por el participante que es elegible para recibir la información solicitada.

Parte 1. Debe completarse por el solicitante de trabajo

1. Nombre del solicitante del trabajo (nombre, segundo nombre, apellido)	2. Número de seguro social
3. Dirección (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)	4. Fecha en la que se presentó la solicitud de trabajo
<p>Yo entiendo que la ley permite que un posible empleador obtenga cierta información relacionada con la lesión relacionada con el trabajo del Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (DWC). El empleador debe contar con un seguro de compensación para trabajadores y debe obtener mi autorización por escrito. DWC proporcionará información sobre mis reclamaciones anteriores por lesiones relacionadas con el trabajo solo si tuve dos o más reclamaciones por lesiones en general en los últimos cinco años. Yo autorizo a DWC para que proporcione la información permitida por la ley sobre mis lesiones relacionadas con el trabajo al posible empleador nombrado en la parte de abajo.</p>	
5. Firma del solicitante de trabajo	6. Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)

Parte 2. Debe completarse por el futuro empleador en Texas

7. Nombre del empleador	8. Número de identificación de impuestos federales del empleador (FEIN)
9. Dirección (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)	10. Fecha en la que el empleador recibió la solicitud de trabajo
11. Número de teléfono del solicitante	12. Dirección de correo electrónico del solicitante
<p>Yo soy un posible empleador en Texas, y tengo un seguro de compensación para trabajadores. No tengo prohibido recibir esta información bajo la Ley para Americanos con Discapacidades de 1990 (Americans with Disabilities Act of 1990, por su nombre en inglés), 42 U.S.C. §12101 <i>et. seq.</i> porque: (El empleador debe marcar uno de los siguientes):</p> <p><input type="checkbox"/> Yo soy un empleador en Texas que no está cubierto por la Ley para Americanos con Discapacidades de 1990. (La Ley para Americanos con Discapacidades de 1990 define a un "empleador" como: "una persona involucrada en una industria que afecta el comercio y tiene 15 empleados o más por cada día de trabajo en cada una de las 20 o más semanas del calendario en el presente año o en años anteriores y cualquier agente de dicha persona".)</p> <p><input type="checkbox"/> Yo soy un empleador en Texas que está cubierto por la Ley para Americanos con Discapacidades de 1990, quien está solicitando esta información antes de contratar al solicitante mencionado en la parte de arriba. Yo he hecho</p>	

una oferta condicional de trabajo al solicitante nombrado en la parte de arriba. Estoy solicitando esta información sobre todos los posibles solicitantes de empleo posteriores a la oferta en esta categoría de trabajo, independientemente de su discapacidad. Para obtener información sobre la Ley para Americanos con Discapacidades, llame al 1-800-949-4232; TDD 1-713-520-5136 o llame a la Comisión de Derechos Humanos de Texas (Texas Commission on Human Rights, por su nombre en inglés) al 512-437-3450.

Yo certifico que tengo derecho a recibir la información confidencial solicitada sobre la reclamación. Entiendo que es un delito menor de Clase A recibir, publicar, divulgar o distribuir ilegalmente la información confidencial en o derivada del expediente de reclamación de un empleado. Secciones del Código Laboral de Texas (Texas Labor Code, por su nombre en inglés) 402.083, 402.086, 402.087, 402.088, 402.089 y 402.091.

13. Firma del solicitante

14. Nombre del solicitante en letra de molde

15. Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)

Preguntas Frecuentes

Certificación y autorización para un posible empleo (Formulario DWC-156S)

¿Quién puede solicitar autorización para un posible empleo e información de reclamación relacionada con un solicitante de empleo?

La Sección 402.087 del Código Laboral de Texas permite que un posible empleador que cuenta con una cobertura de seguro de compensación para trabajadores obtenga información sobre las lesiones anteriores de un solicitante de empleo. El empleador debe hacer la solicitud a no más tardar del día 14, después de que el posible empleado solicita el trabajo.

¿Qué información proporcionará DWC al responder a una solicitud?

DWC proporcionará las fechas de las lesiones y las descripciones de dos o más reclamaciones por lesiones en general en los últimos cinco años.

¿Cuáles son los espacios que se requieren completar en el formulario DWC-156S?

Todos los espacios aplicables deben de completarse cada vez que se envía el formulario DWC-156S. DWC devolverá los formularios que estén incorrectos o incompletos.

- **Sección I** - se requiere el nombre del empleado, el número de seguro social, la dirección y la fecha de la solicitud de empleo. El solicitante de empleo debe de autorizar al posible empleador para solicitar la información.
- **Sección II** - se requiere el nombre de la compañía, el número de teléfono, el número de identificación de impuestos federales, la fecha en que se recibió la solicitud de empleo y la dirección del empleador. El empleador también puede proporcionar una dirección de correo electrónico para recibir la respuesta. La dirección de correo electrónico es confidencial según la Sección 552.137 del Código Gubernamental de Texas (Texas Government Code, por su nombre en inglés) y no se divulgará sin el consentimiento del empleador. El empleador también debe de proporcionar información sobre la Ley de Americanos con Discapacidades marcando una de las casillas. El empleador debe de certificar que tiene derecho a recibir la información confidencial de la reclamación.

¿A dónde envío el formulario DWC-156S? ¿Cómo puedo obtener más información?

Envíe el formulario firmado a DWC a través de:

- **Fax:** 512-804-4378
- **Correo postal:** Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation
Claims and Coverage Services, Mail Code: BP-OPS
PO Box 12050
Austin, TX 78711-2050
- **Entrega en persona en una oficina de DWC:** usted puede encontrar información sobre la ubicación de las oficinas y obtener otro tipo de asistencia en www.tdi.texas.gov/wc o llame al 800-252-7031.

IMPORTANTE: Al presentar el Formulario DWC-156S, el solicitante representa que él o ella tiene derecho a la información solicitada y que tiene completa autoridad para actuar como solicitante. Es un delito menor de Clase A que una persona no autorizada reciba información confidencial del expediente de reclamación o que divulgue dicha información a una persona no autorizada. Secciones del Código Laboral de Texas 402.083, 402.086, 402.087, 402.088, 402.089 y 402.091.

Nota: Con pocas excepciones, si lo solicita, 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.